

Eficacia de los cuidados de enfermería en la rehabilitación de pacientes con enfermedad cerebrovascular

Nursing Care Efficacy Concerning the Rehabilitation of Patients with Cerebrovascular Disease

Yanedsy Díaz Amador^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2685-5149>

Isoled Del Valle Herrera Pineda¹ <https://orcid.org/0000-0002-7445-8810>

¹Universidad Estatal Península de Santa Elena (UPSE). Santa Elena, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: yanedsy2014@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La enfermedad cerebrovascular es una de las causas más comunes de muerte y representa un problema de salud pública importante. Las consecuencias individuales son sustanciales, por lo que muchos pacientes afectados necesitan cuidados de enfermería.

Objetivo: Evaluar la eficacia de los cuidados de enfermería en la rehabilitación de pacientes con enfermedad cerebrovascular.

Métodos: Estudio cuasiexperimental con pre y postest, en el centro de rehabilitación ambulatorio privado de Santa Elena, Ecuador, durante 2019. Universo de 75 pacientes que asisten al centro de rehabilitación, de 151 egresados del Hospital General con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular. Se evaluaron las características generales y clínicas de la enfermedad y la duración de la rehabilitación. Se utilizó la escala de Utrecht y estadística descriptiva X^2 para comparaciones entre los sexos, localización y tipo de enfermedad. Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas con una $p \leq 0.05$.

Resultados: La edad promedio fue de 60,3 +/- 9,8 años. La mayoría de los pacientes resultaron ser del sexo masculino (68 %), con localización de la enfermedad cerebrovascular del lado izquierdo (46,6 %) y de tipo isquémico (65,3 %). Se observó que la independencia funcional, la movilidad y el autocuidado presentaron diferencias significativas al comparar los valores al final de las intervenciones con los valores iniciales ($p < 0,05$). También se observó un aumento significativo en la función cognitiva, fatiga y estado de ánimo, existiendo modificaciones en los puntajes ($p < 0,05$).

Conclusión: Los cuidados de enfermería son eficaces en la rehabilitación de pacientes con enfermedad cerebrovascular.

Palabras clave: atención de enfermería; accidente cerebrovascular; enfermería en rehabilitación.

ABSTRACT

Introduction: Cerebrovascular disease is one of the commonest causes of death and represents an important public health concern. Individual consequences are substantial, a reason why many affected patients require nursing care.

Objective: To assess nursing care efficacy concerning the rehabilitation of patients with cerebrovascular disease.

Methods: Quasiexperimental study, with pre- and post-test, carried out in the private ambulatory rehabilitation center of Santa Elena, Ecuador, during 2019. The universe was made up of 75 patients attending the rehabilitation center, out of 151 patients discharged from the General Hospital with a diagnosis of cerebrovascular disease. The general and clinical characteristics of the disease and the length of rehabilitation were assessed. The Utrecht scale and descriptive statistics, chi-square, were used for comparisons between sexes, location and type of disease. The differences were considered statistically significant with $P \leq 0.05$.

Results: The average age was 60.3 ± 9.8 years. Most of the patients were male (68%), with location of cerebrovascular disease on the left side (46.6%) and of ischemic type (65.3%). It was observed that functional independence, mobility and self-care presented significant differences when comparing the values at the end of the interventions with the initial values ($P < 0.05$). A significant increase in cognitive function, fatigue and mood was also observed, with changes in the scores ($P < 0.05$).

Conclusion: Nursing cares are effective in the rehabilitation of patients with cerebrovascular disease.

Keywords: nursing care; cerebrovascular disease; rehabilitation disease.

Recibido: 16/02/2020

Aceptado: 25/05/2020

Introducción

La enfermedad cerebrovascular es una de las causas más comunes de muerte y representa una importante carga relacionada a los servicios de salud alrededor del mundo. Esta puede ser clasificada, por su forma de lesión vascular, en dos tipos: isquémica y hemorrágica. El número absoluto de personas afectadas globalmente ha aumentado de forma sustancial en las últimas décadas y el tratamiento agudo ha demostrado beneficios significativos,⁽¹⁾ lo que ha llevado al aumento general de la carga global, causada por los pacientes con este tipo de afección.⁽²⁾

Las consecuencias de la enfermedad cerebrovascular de forma individual con frecuencia son sustanciales, por lo que algunos pacientes afectados necesitan cuidados de enfermería.⁽³⁾ En la mayoría de los países del mundo, un gran número de pacientes quedan con secuelas importantes a consecuencia de esta enfermedad y casi siempre reciben algún tipo de rehabilitación, ya sea en instituciones de salud públicas o privadas derivados a la atención primaria, con personal cualificado en esta especialidad. Menos del 10 % son adecuadamente tratados con programas de cuidados para aumentar su capacidad de rehabilitación de las lesiones neurológicas, ya sea en un hospital o en un entorno ambulatorio.⁽⁴⁾ Las enfermeras están capacitadas para participar en todas las fases de la enfermedad cerebrovascular y son miembros esenciales del equipo multidisciplinario que contribuyen a mejorar los resultados en la atención de unidades especializadas.⁽⁵⁾ A pesar de esto, la contribución del personal de enfermería a la rehabilitación de las enfermedades cerebrovasculares es poco

conocida. Las investigaciones no identifican las habilidades o actividades específicas a cumplir el profesional de enfermería en la rehabilitación del paciente convaleciente con enfermedad cerebrovascular.⁽⁶⁾

El personal de enfermería, en virtud de su nivel de contacto con los pacientes sobrevivientes de una enfermedad cerebrovascular, está bien posicionado para realizar la actividad de rehabilitación ayudando a recuperar la independencia y mejorar su calidad de vida. Sin embargo, las enfermeras deben desarrollar conocimientos sobre técnicas de rehabilitación, estas deben ser consideradas como actividades legítimas de la profesión y generar su evidencia sobre la práctica en el cuidado del paciente con este tipo de enfermedad cerebrovascular. En la última década del siglo XX, algunos estudios realizados sobre el análisis del perfil profesional de enfermería permitieron comprender el papel y la contribución del licenciado en enfermería para desarrollar competencias específicas en las terapias de rehabilitación, principalmente con este tipo de pacientes que generan un cuidado individualizado donde la enfermera interviene con múltiples intervenciones con un alcance a corto, mediano y largo plazo.⁽⁷⁾

Con respecto a la cuantificación de los resultados referentes a los cuidados de enfermería por parte del profesional capacitado, va a depender de la fase que se inicie la rehabilitación para obtener un resultado favorable. Esto no solo puede ser útil para pacientes individuales, con el objetivo de evaluar el proceso de cuidados contra objetivos establecidos,⁽⁴⁾ sino también desde la perspectiva de la evaluación comparativa y el monitoreo de la calidad de la atención de forma grupal.⁽⁸⁾

Para la práctica clínica es importante obtener resultados cuantitativos que permitan evaluar las ventajas de los programas de cuidados realizados por el personal de enfermería, ya sea en términos de capacidad de respuesta o facilidad de aplicación y uso.⁽⁹⁾ Hasta el momento, es poco conocido en qué medida las funciones del instrumento escala de Utrech sea evaluativo, predictivo o discriminatorio posterior a la enfermedad cerebrovascular. Por lo tanto, el objetivo del estudio consiste en evaluar la eficacia de los cuidados de enfermería en la rehabilitación de pacientes con enfermedad cerebrovascular.

Métodos

Se realizó un estudio cuasiexperimental con pre y postest en el centro de rehabilitación ambulatorio privado de la provincia de Santa Elena en Ecuador desde enero hasta agosto de 2019. El universo de estudio quedó constituido por 151 pacientes egresados del Hospital General de la provincia de Santa Elena con diagnóstico médico de enfermedad cerebrovascular y fueron asignados al centro de rehabilitación ambulatorio privado para recibir un programa de cuidados de enfermería, de ellos estuvieron dispuestos a participar en el estudio 103, de los que 28 (18,5 %) abandonaron el estudio, por lo que quedó una población de estudio de 75 pacientes.

Criterios de inclusión: todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular reciente que impidiera que el paciente pudiese vivir de forma independiente en el hogar, que pudiese participar en al menos dos sesiones de terapia de 30 minutos diarias, poseer cierta capacidad de aprendizaje y deseos

de vivir en forma independiente, ya sea con su cónyuge o cuidador y con esperanza de vida de al menos 1 año.

Criterios de exclusión: se basaron en el diagnóstico de demencia y afecciones neuropsiquiátricas que interfirieran con la admisión en un entorno abierto y que el paciente o los responsables no dieran su consentimiento para participar en el estudio.

Antes de las intervenciones de enfermería las investigadoras revisaron las listas de pacientes ambulatorios neurológicos y seleccionaron a los posibles participantes revisando sus registros médicos para garantizar que los pacientes cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Después de obtener el consentimiento informado, se realizaron las entrevistas individuales en el centro de rehabilitación mientras los pacientes esperaban ser atendidos por el médico. Los participantes completaron cuestionarios que tardaron unos 15 minutos en completar.

Las características generales y las clínicas de la enfermedad cerebrovascular, tales como: edad, sexo, localización de la enfermedad cerebrovascular (izquierda, derecha u otra) y tipo de enfermedad cerebrovascular (isquémica o hemorrágica), así como la duración del tratamiento de rehabilitación, La información fue obtenida de los registros médicos digitales que tenían los pacientes en el Hospital General de la Provincia Santa Elena. Las intervenciones fueron realizadas por enfermeras con conocimiento de fisioterapia, además de algunas tener especialidades en rehabilitación, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales, miembros del equipo multidisciplinario.

Los objetivos de las intervenciones se establecieron en cooperación con los pacientes, sobre la base de una evaluación clínica integral. Después de cuatro semanas se realizaron reuniones de equipo para evaluar el logro de los objetivos del tratamiento. Se obtuvo consentimiento por escrito de cada uno de los participantes y el protocolo establecido en las guías clínicas del Ministerio de Salud Pública.

Durante las intervenciones a todos los pacientes, la escala de Utrecht para la evaluación de los cuidados de enfermería fue realizada por una de las investigadoras del estudio. Esta es una medida de independencia funcional que evalúa funcionamiento físico (movilidad y autocuidado), funcionamiento cognitivo y dominios adicionales de dolor, fatiga y estado de ánimo. La escala tiene 30 artículos en total divididos en seis dominios de los cuales tres son evaluados por la enfermera encargada del programa de cuidados y tres reportados por el paciente, registrados por las investigadoras. Los dominios evaluados por la encargada de cuidados de enfermería incluyen: movilidad (0 - 35 puntos), autocuidado (0 - 35 puntos) y funcionamiento cognitivo (0 - 50 puntos). Los dominios reportados por los pacientes incluyen: dolor, fatiga y estado de ánimo. Los puntajes más altos en los primeros dominios reflejan mejor rendimiento, así como los de las subescalas de movilidad y autocuidado se suman y se definen como independencia funcional (0 - 70 puntos).⁽¹⁰⁾ Una mejora de 3 puntos de la escala de independencia funcional se considera una mejora pequeña, 7 puntos una mejora moderada y 14 puntos una gran mejora.⁽¹¹⁾ Para las subescalas informadas por el paciente (dolor y fatiga), los puntajes varían de 0 a 100. Los subdominios, todos con un rango de 0 a 100 puntos, se resumieron y definieron

por la escala del estado de ánimo (0 - 400 puntos). Los puntajes más altos en estas escalas reflejan aspectos más subjetivos. El tiempo medio para la administración de la escala fue de 10 minutos.⁽¹⁰⁾

Después de las intervenciones se encontró que la confiabilidad entre los usuarios de la escala era de satisfactorio a bueno, principalmente en los pacientes diagnosticados con enfermedad cerebrovascular, dolor crónico, lesión de la médula espinal, amputación y otros. Este programa de cuidados de enfermería fue diseñado por un especialista en la materia y estandarizado para que fuese aplicado y utilizado en todos los pacientes seleccionados en el estudio de una forma similar y estandarizada.

Las actividades físicas incluían: ejercicios de motricidad, los mismos que ayudan a mejorar la fuerza muscular y la coordinación, algo que favoreció en fortalecer la deglución. El entrenamiento para la movilidad con el uso de ayudas, tales como: andador, bastones, silla de ruedas o tobillera permitió llegar a una adecuada coordinación de movimientos sin que esta afectara su esfera psicológica, comprendiendo que de esta manera el paciente se siente seguro y mejora la fuerza muscular.

La terapia inducida por restricción de una extremidad no afectada con el movimiento de la extremidad afectada ayudó a mejorar su función por la amplitud de movimientos incorporando ejercicios y tratamientos que permitieron aliviar la tensión muscular (espasticidad). Las actividades cognitivas y emocionales incluían: terapia para trastornos cognitivos, ocupacional y del habla; esto permitió recuperar capacidades cognitivas perdidas, como memoria, el procesamiento, la resolución de problemas, las habilidades sociales, el juicio y la conciencia de seguridad.

La terapia para los trastornos de la comunicación ayudó a recuperar habilidades perdidas en habla, audición, escritura, comprensión, evaluación y tratamiento psicológico.

Al final del programa, la medición de la escala fue repetida por todo el personal encargado, donde se recibió capacitación para utilizar el instrumento. Los puntajes se almacenaron en los registros médicos electrónicos de los pacientes, también se incluyó un conjunto básico de indicadores de desempeño como parte de la práctica diaria. Si la escala fue administrada tanto al comienzo como al final del programa de cuidados, el paciente fue incluido en el estudio.

El análisis estadístico de los datos se calculó con estadística descriptiva media aritmética (\bar{X}) y desviación estándar para las variables cuantitativas y para los totales de las subescalas. Para las variables cualitativas categorizadas se calcularon las frecuencias absolutas y relativas. Para verificar si hubo diferencias estadísticamente para la diferencia entre los promedios de los resultados de las subescalas al final del tratamiento con respecto al principio ($\Delta = \bar{X}_{\text{final}} - \bar{X}_{\text{inicio}}$), se aplicó la prueba *t* de Student para diferencias pareadas, por cuanto que los resultados se midieron sobre para cada uno de los pacientes al inicio y al final del tratamiento y se llevó registro de cada uno de ellos por separado. El nivel de significación del estudio se fijó en 5 %, por lo cual una diferencia se consideró estadísticamente significativa si $p \leq 0,05$. Los datos se procesaron utilizando el programa SPSS 22.0 para Windows.

Se siguieron los lineamientos propuestos en la declaración de Helsinki y la ley Orgánica de Discapacidades, de la Dirección Nacional de Discapacidades del Ecuador,⁽¹²⁾ que se refieren a la protección de los derechos, información, bienestar y protección en la privacidad de los entrevistados. La investigación fue

presentada en un evento científico desarrollado en la institución hospitalaria, donde fue autorizado y considerado como una investigación de riesgo mínimo por el comité de ética del Hospital General de Santa Elena con investigadoras de la Carrera de Enfermería. Ecuador. La investigación se apega al reglamento de proyectos en investigación de Salud estipulado por el Ministerio de Salud en el año 2008. Los participantes fueron informados detalladamente sobre el propósito del estudio, solicitándoles su consentimiento informado para participar en la investigación. Toda la información obtenida se mantuvo de manera totalmente confidencial.

La investigación tuvo la acogida de los participantes que asisten al centro de rehabilitación ambulatorio privado y no tiene ningún tipo de beneficio comercial, político, económico o alguna característica similar, es únicamente académico - científico, para la contribución de datos estadísticos que sean de utilidad en otros estudios.

Resultados

Durante el período de estudio, 151 pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular fueron atendidos. Al terminar el proceso de tratamiento en rehabilitación, se obtuvo información de 103 pacientes (68,2 %) sobre los diferentes parámetros de la escala. Los datos de 28 pacientes (18,5 %) no pudieron ser obtenidos al final del tratamiento, ya que abandonaron los cuidados de enfermería, por lo que para el análisis se obtuvo la información de 75 pacientes representando el (49,8 %).

En la tabla 1 se muestran las características de los pacientes seleccionados para el estudio. La edad promedio fue de 60,3 +/- 9,8 años. La mayoría de los pacientes eran del sexo masculino (68 %), con localización de la enfermedad cerebrovascular del lado izquierdo (46,6 %) y de tipo isquémico (65,3 %). El tiempo entre la aparición de los síntomas y la hospitalización fue de 3,1 +/- 1,1 días y entre el alta hospitalaria y el inicio del programa de cuidados fue de 13,3 +/- 4,3 días.

Tabla 1- Distribución de pacientes según características generales

Variables	No.	% (n = 75)
Edad (años)	60,3 +/- 9,8 *	
Sexo		
Masculino	51	68
Femenino	24	32
Localización radiológica de la enfermedad cerebrovascular		
Izquierda	35	46,66
Derecha	24	32
Otra	11	14,66
Desconocida	5	6,66
Tipo de enfermedad cerebrovascular		
Isquémica	49	65,33
Hemorrágica	26	34,66
Tiempo entre la aparición de los síntomas y la hospitalización (días)	3,1 +/- 1,1 *	
Tiempo entre el alta hospitalaria e inicio de la rehabilitación (días)	13,3 +/- 4,3 *	

Fuente: Elaboración propia. * Promedio +/- desviación estándar.

La tabla 2, muestra que la prueba de *t* de Student para muestras pareadas indicó que hubo diferencias estadísticamente significativas entre los resultados al final y al principio del tratamiento medidos según la escala Utrecht para las variables independencia funcional ($p < 0,001$), movilidad ($p < 0,001$), autocuidado ($p < 0,001$), función cognitiva ($p = 0,020$), fatiga ($p = 0,0149$) y estado de ánimo ($p = 0,0216$), lo cual indica que hubo un cambio de respuesta significativo para estas variables. En ese sentido, las variables independencia funcional ($\Delta = 16,3$; $\bar{X}_{\text{inicio}} = 43,1$; $\bar{X}_{\text{final}} = 59,3$), movilidad ($\Delta = 8,9$; $\bar{X}_{\text{inicio}} = 19,1$; $\bar{X}_{\text{final}} = 28,0$), autocuidado ($\Delta = 7,4$; $\bar{X}_{\text{inicio}} = 23,9$; $\bar{X}_{\text{final}} = 31,3$) y función cognitiva ($\Delta = 5,1$; $\bar{X}_{\text{inicio}} = 37,5$; $\bar{X}_{\text{final}} = 42,7$) mostraron un aumento significativo de la respuesta; mientras que las variables fatiga ($\Delta = -10,4$; $\bar{X}_{\text{inicio}} = 40,9$; $\bar{X}_{\text{final}} = 30,5$) y estado de ánimo ($\Delta = -19,2$; $\bar{X}_{\text{inicio}} = 66,7$; $\bar{X}_{\text{final}} = 47,5$) mostraron una disminución significativa. Para la variable dolor, la prueba de *t* de Student para muestras pareadas indicó que no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,2409$), lo cual indica que, en promedio, no hubo una disminución significativa del dolor, a pesar de presentar una diferencia negativa ($\Delta = -4,5$; $\bar{X}_{\text{inicio}} = 17,9$; $\bar{X}_{\text{final}} = 13,4$), (Tabla 2).

Tabla 2- Puntajes de la escala de Utrecht para la evaluación de la rehabilitación antes y después de las intervenciones

Promedio +/- desviación estándar (n = 75)	Al inicio de la intervención	Al final de la intervención	Porcentaje de cambio	P
Independencia funcional	43,1 +/- 18,9	59,3 +/- 13,8	16,3 +/- 13,8	< 001
Movilidad	19,1 +/- 10,5	28,0 +/- 8,2	8,9 +/- 8,2	< 001
Auto cuidado	23,9 +/- 9,6	31,3 +/- 6,3	7,4 +/- 7,3	< 001
Función cognitiva	37,5 +/- 10,9	42,7 +/- 9,3	5,1 +/- 8,4	< 0, 0020
Dolor	17,9 +/- 23,8	13,4 +/- 23,0	-4,5 +/- 24,5	< 0,2409
Fatiga	40,9 +/- 25,9	30,5 +/- 25,8	-10,4 +/- 28,5	< 0,0149
Estado de animo	66,7 +/- 66,8	47,5 +/- 74,6	-19,2 +/- 79,8	< 0,0216

Fuente: Elaboración propia.

El número y porcentaje de pacientes que mostraron mayor mejoría (superior al 70 %) fue observado en los parámetros de movilidad, autocuidado, independencia funcional y en la subescala de función cognitiva. Con respecto a las subescalas reportadas por los pacientes, dolor, fatiga y estado de ánimo, la proporción de pacientes con mejoría fue menor que en las otras subescalas, junto a que la mayoría de los pacientes que presentaron deterioro físico fue mayor.

Discusión

El estudio demostró que los cuidados de enfermería son eficaces en la rehabilitación de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Los cambios observados en la subescala de función cognitiva, fatiga y estado de ánimo fueron de pequeños a moderados sin cambios en la percepción del dolor.

Los cuidados de enfermería en la rehabilitación de pacientes con enfermedad cerebrovascular incluyen organización, liderazgo y gestión de los servicios de enfermería. Tales factores son fundamentales para obstaculizar o facilitar la participación de las enfermeras en la rehabilitación de este grupo de pacientes. Solo un estudio demostró expresamente los factores que influyen en los efectos

de los cuidados de enfermería en la rehabilitación de pacientes con enfermedad cerebrovascular.⁽¹³⁾

Sin embargo, algunos factores fueron evidentes en estudios internacionales evidenciados por *Inoue* y otros, también existe el consenso en que los sobrevivientes de las enfermedades cerebrovasculares pueden tener altos niveles de dependencia y necesitar un tiempo considerable de recurso personal para satisfacer sus necesidades.^(14,15) Varios estudios, han informado que el personal de enfermería percibía que la incorporación de técnicas de rehabilitación en su práctica diaria dependía del tiempo suficiente y la dedicación del personal.^(13,15) Esto contribuye a la creencia de que la rehabilitación está separada y es adicional a la práctica de enfermería.

El trabajo en equipo multidisciplinario debe ser realizado para contribuir a mejorar los resultados asociados en las unidades de enfermedades cerebrovasculares, pero muchos estudios no hacen referencia directa a las enfermeras que trabajan en equipos multidisciplinarios o colaboran con terapeutas para lograr los objetivos deseados. Por lo tanto, el trabajo interdisciplinario es considerado deseable pero no evidente,^(15,16) o difícil de lograr.^(12,16) Existe evidencia que el personal de enfermería tiene una participación limitada en la toma de decisiones en este grupo de estudios,⁽¹⁶⁾ a pesar de las percepciones de algunos miembros del personal que el trabajo era importante para su práctica.⁽¹⁷⁾

La ubicación de la terapia en áreas separadas de donde el personal de enfermería trabaja con los sobrevivientes de enfermedades cerebrovasculares reduce la oportunidad para que las enfermeras y terapeutas compartan información y habilidades de rehabilitación que podrían integrar en su cuidado.⁽¹⁴⁾ Tales factores contextuales obstaculizan el compromiso del personal de enfermería con los terapeutas y contribuyeron a una división entre el trabajo de la rehabilitación.

Algunos estudios informaron factores que facilitaron el compromiso del personal de enfermería con el trabajo de rehabilitación. La ubicación conjunta de equipos, en particular con terapeutas, no es suficiente para lograr un compromiso interdisciplinario, pero existe evidencia de que la proximidad en el lugar de trabajo aumenta la comunicación, el diálogo centrado en la rehabilitación y el adeudo conjunto con terapeutas en enfermedades cerebrovasculares y otros entornos de rehabilitación.^(17,18)

El reconocimiento de la interdependencia entre el trabajo de rehabilitación por el personal de enfermería y la terapia, respeto por el conocimiento, experiencia de cada grupo y estructuras que fomentan la consulta de rutina y la colaboración entre los miembros del grupo de tratamiento contribuyen a lograr un espíritu de rehabilitación compartido.^(15,16) Sin embargo, es reconocido el potencial del profesional de enfermería como proveedores de rehabilitación, de forma tal que los miembros del equipo de rehabilitación entienden y brindan lo mejor de sí, para que las estructuras organizativas, incluya patrones separados de gestión y trabajo, sin que dificulte el trabajo conjunto con sobrevivientes de esta condición de salud.

Como parte de su educación y capacitación, el personal de enfermería debe desarrollar habilidades transferibles en evaluación, monitoreo fisiológico, cuidado de heridas, administración de medicamentos, cuidado y apoyo físico. Estos son ampliamente considerados como el núcleo de la práctica de rehabilitación. No obstante, si bien estas habilidades son claramente importantes y necesarias, no son suficientes en sí mismas para áreas especializadas como el

cuidado del paciente con enfermedad cerebrovascular, donde se espera que los principios de rehabilitación respalden el trabajo de todos los miembros del equipo de atención. Existen evidencias que el personal de enfermería prioriza la atención técnica, el monitoreo y la atención directa, en parte porque la integración de las técnicas de rehabilitación toma más tiempo y en parte porque la atención y el monitoreo físico - técnico son esenciales para evaluar el riesgo, prevenir daños y mantener la seguridad.

El personal de rehabilitación experimenta conflictos cuando el tiempo y las presiones de otros miembros significan que la independencia se reemplazó por la adopción de medidas para los sobrevivientes de enfermedad cerebrovascular.^(13,15) Por el contrario, otro personal también informó que experimentaron incomodidad al facilitar la independencia en conflicto con sus puntos de partida en el cuidado o cuando se percibía que las tareas para los sobrevivientes de una enfermedad cerebrovascular eran desagradables.^(14,19)

El personal de enfermería comúnmente expresa la creencia de que tenían un importante papel de rehabilitación.^(13,14,19,20) Las actitudes positivas hacia los sobrevivientes de una enfermedad cerebrovascular fueron evidentes; ya que casi siempre es posible identificar el potencial de recuperación y el personal apoya el logro de ese potencial.^(13,15) Al mismo tiempo, el personal de enfermería demostró ambivalencia hacia la integración de técnicas de rehabilitación en su práctica diaria. Debe estar continuamente disponibles para satisfacer las necesidades de los sobrevivientes de enfermedades cerebrovasculares, algunos de los cuales necesitarán cuidados paliativos.⁽²¹⁾

A diferencia de los terapeutas, el personal de enfermería normalmente no puede proteger el tiempo para trabajar con individuos durante períodos establecidos. Por lo tanto, deben encontrar un equilibrio entre completar tareas de atención directa a menudo contra las presiones del tiempo para satisfacer las necesidades de rehabilitación en estos pacientes.^(13,16,19)

La comprensión por el personal de enfermería sobre la rehabilitación de pacientes sobrevivientes con enfermedad cerebrovascular y cómo podrían apoyar a los terapeutas o llevar a cabo la rehabilitación de forma independiente no está clara en la mayoría de los estudios. La educación y la capacitación específica de los pacientes están centradas en forma específica y la falta de oportunidades para trabajar conjuntamente con los terapeutas son factores contribuyentes. Los miembros del equipo de trabajo parecían tener pocas expectativas que el personal de enfermería pudiera integrar en la rehabilitación de su práctica.^(14,16)

La separación de la terapia y el trabajo de enfermería en las relaciones jerárquicas fueron evidentes en la expectativa informada en algunos entornos de que el papel principal para garantizar que los sobrevivientes estuvieran listos para asistir a la terapia. Esto alienta al personal a realizar tareas para los sobrevivientes de cualquier tipo de enfermedad cerebrovascular en lugar de integrar los principios de rehabilitación en las actividades de cuidado personal y movilidad, que podrían ser parte de sesiones conjuntas con terapeutas.^(14,21)

La coordinación del trabajo en equipos multidisciplinarios es fundamental para el desempeño profesional del personal de enfermería principalmente en unidades de atención directa para la rehabilitación de enfermedades cerebrovasculares.^(16,21) Solo un estudio observacional proporcionó evidencia de que, en gran medida debido a su presencia de 24 horas en las unidades, participaron en la coordinación del trabajo.⁽¹⁶⁾ La evidencia con respecto a las contribuciones limitadas a las reuniones de trabajo y su estatus inferior cuestionó

las afirmaciones para coordinar el trabajo de otros miembros del grupo al no ser consideradas como miembros periféricos del equipo.

Dado que muchos miembros del equipo de rehabilitación tienen bajas expectativas de participación del personal de enfermería en la rehabilitación, no es sorprendente que los participantes en los estudios revisados sobre los sobrevivientes de enfermedades cerebrovasculares presentaran opiniones contradictorias del personal de enfermería y la rehabilitación asociada con los terapeutas. Si los servicios van a aumentar la rehabilitación hospitalaria, ellos necesitarán información clara para ayudarlos a comprender que las actividades que el personal de enfermería brinda rutinariamente pueden contribuir directamente a la rehabilitación. De igual forma, afirmaron en conocer a los sobrevivientes de enfermedad cerebrovascular como individuos y desarrollar relaciones de apoyo que faciliten la integración de la terapia y el desarrollo de habilidades de afrontamiento.^(13,16,21)

Los estudios de observación no encontraron evidencia que la práctica del personal de enfermería coincidiera con sus creencias expresadas.⁽²²⁾ Otros estudios demuestran que la orientación en la tarea del personal de enfermería está relacionada con interacciones impersonales con los sobrevivientes de una enfermedad cerebrovascular.^(22,23) Del mismo modo, en relación con la incontinencia urinaria después de la enfermedad cerebrovascular, este estudio hizo pocos esfuerzos para establecer la causa o desarrollar planes de atención individualizados.⁽²⁰⁾ La evaluación y el manejo fueron rutinarios y enfocados en la contención. Estos estudios sugirieron que tales limitaciones también eran evidentes en otros miembros del equipo de salud y representaban áreas de rehabilitación de enfermedades cerebrovasculares donde se justificaba la capacitación de todo el equipo. La revisión indica que la separación actual del trabajo de enfermería y terapia es contraproducente cuando se proporciona rehabilitación integral e individualizada.

En conclusión, la eficacia de los cuidados de enfermería en la rehabilitación de pacientes con enfermedad cerebrovascular va desde la inclusión de la organización al liderazgo y gestión de los servicios de enfermería. En asociación con estos factores son fundamentales para facilitar la participación de las enfermeras en la rehabilitación de este grupo de pacientes. El éxito demostrado en los cuidados de enfermería en este estudio, en términos de capacidad de respuesta, fueron los dirigidos a la movilidad, autocuidado e independencia funcional.

Referencias bibliográficas

1. Kaji R. Global burden of neurological diseases highlights stroke. *Nat Rev Neurol*. 2019;15(7):371-2. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41582-019-0208>
2. Owolabi M, Olowoyo P, Popoola F, Lackland D, Jenkins C, Arulogun O, *et al*. The epidemiology of stroke in Africa: A systematic review of existing methods and new approaches. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2018;0(1):47-55. DOI: <https://doi.org/10.1111/jch.13152>.
3. Ekker MS, Boot EM, Singhal AB, Tan KS, Debette S, Tuladhar AM, *et al*. Epidemiology, aetiology, and management of ischaemic stroke in young adults. *Lancet Neurol*. 2018 [acceso: 22/07/2019];17(9):790-801. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30129475/> <https://doi.org/10.1016/S1474-4422>

4. Kobayashi A, Czlonkowska A, Ford GA, Fonseca AC, Luijckx GJ, Korv J, *et al.* European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. *Eur J Neurol.* 2018 [acceso: 22/07/2019];25(3):425-33. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29218822/>
<https://doi.org/10.1111/ene.13539>

5. Clarke DJ. Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. *J Clin Nurs.* 2014;23(9-10):1201-26. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.12334>

6. Schlick S, Peyras V. Multi-professional care and treatment of strokes. *Rev Infirm.* 2019 [acceso: 22/07/2019];68(248):42-3. Disponible en: <https://www.linguee.com/english-spanish/translation/bore+and+stroke.html>

7. Skogestad IJ, Kirkevold M, Indredavik B, Gay CL, Lerdal A. NORFAST (Norwegian Study of Fatigue After Stroke) Group. Lack of content overlap and essential dimensions - A review of measures used for post-stroke fatigue. *J Psychosom Res.* 2019;124. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109759>

8. Walters SJ, Stern C, Robertson-Malt S. The measurement of collaboration within healthcare settings: a systematic review of measurement properties of instruments. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2016;14(4):138-97. DOI: <https://doi.org/10.11124/JBISRR-2016-2159>

9. Hankins M. How discriminating are discriminative instruments? *Health Qual Life Outcomes.* 2008 [acceso: 22/07/2019];6:36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18505550/> <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-36>

10. Post MW, van de Port IG, Kap B, Berdenis van Berlekom SH. Development and validation of the Utrecht Scale for Evaluation of Clinical Rehabilitation (USER). *Clin Rehabil.* 2009;23(10):909-17. DOI : <https://doi.org/10.1177/0269215509341524>

11. Winke van Meijeren-Pont W, Volker G, Vliet Vlieland T, Goossens P. Comparison of the responsiveness of the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation (USER) and the Barthel Index in stroke patients. *Clin Rehabil.* 2019;33(10):1672-81. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269215519852130>

12. Moreno L. Ley Orgánica de Discapacidades. Asamblea Nacional República del Ecuador. 2017 [acceso: 22/07/2019];1(10):7-9. Disponible en: https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf

13. Burton CR, Fisher A, Green TL. The organisational context of nursing care in stroke units: a case study approach. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(1):85-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.001>

14. Inoue T, Karima R, Harada K. Bilateral effects of hospital patient-safety procedures on nurses' job satisfaction. *Int Nurs Rev.* 2017;4(3):437-45. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12336>.

15. Pryor J, Buzio A. Enhancing inpatient rehabilitation through the engagement of patients and nurses. *J Adv Nurs.* 2010;66(5):978-87. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05237>

16. Smith K, Lavoie-Tremblay M, Richer MC, Lanctot S. Exploring nurses' perceptions of organizational factors of collaborative relationships. *Health Care*

- Manag (Frederick). 2010;29(3):271-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3181e9351a>.
17. Digby R, Bolster D, Perta A, Bucknall TK. The perspective of allied health staff on the role of nurses in subacute care. *J Clin Nurs*. 2018;27(21-22):4089-99. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14553>
18. Müller C, Plewnia A, Becker S, Rundel M, Zimmermann L, Körner M. Expectations and requests regarding team training interventions to promote interdisciplinary collaboration in medical rehabilitation--A qualitative study. *BMC Med Educ*. 2015;15:135. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0413-3>
19. Langhammer B, Sunnerhagen KS, Lundgren-Nilsson Å, Sällström S, Becker F, Stanghelle JK. Factors enhancing activities of daily living after stroke in specialized rehabilitation: an observational multicenter study within the Sunnaas International Network. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(5):725-34. DOI: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04489-6>
20. Theofanidis D, Gibbon B. Nursing interventions in stroke care delivery: An evidence-based clinical review. *J Vasc Nurs*. 2016;34(4):144-151. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2016.07.001>
21. Brady MC, Jamieson K, Bugge C, Hagen S, McClurg D, Chalmers C, *et al*. Caring for continence in stroke care settings: a qualitative study of patients' and staff perspectives on the implementation of a new continence care intervention. *Clin Rehabil*. 2016;30(5):481-94. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269215515589331>
22. Dreyer P, Angel S, Langhorn L, Pedersen BB, Aadal L. Nursing Roles and Functions in the Acute and Subacute Rehabilitation of Patients With Stroke: Going All In for the Patient. *J Neurosci Nurs*. 2016;48(2):108-15. DOI: <https://doi.org/10.1097/JNN.000000000000191>
23. Gordon C, Ellis-Hill C, Ashburn A. The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *J Adv Nurs*. 2009;65(3):544-53. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04917>
24. Aadal L, Angel S, Langhorn L, Pedersen BB, Dreyer P. Nursing roles and functions addressing relatives during in-hospital rehabilitation following stroke. Care needs and involvement. *Scand J Caring Sci*. 2018 [acceso: 22/07/2019];32(2):871-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28869654/>
<https://doi.org/10.1111/scs.12518>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Yanedsy Díaz Amador: Realizó la concepción y el diseño del trabajo, la recogida de datos, el análisis y la interpretación de los datos, la escritura del artículo, la revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales, la aprobación de la versión final para su publicación.

Isoled Del Valle Herrera Pineda: Realizó la recogida de datos, el análisis y la interpretación de los datos, la revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales, la aprobación de la versión final para su publicación.