CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTOR:
KAREN LISSETH GUILLERMO VACA
GISELLA ELIZABETH JARA AREVALO

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

TUTOR:
• LCDA. KARINA CARLOTA ASTUDILLO LLERENA

CUENCA – ECUADOR, 2026

DERECHOS DE AUTOR

Los derechos de esta obra son irrenunciables y corresponden a sus **AUTORES**, incluido sus derechos patrimoniales. El **Instituto Tecnológico Superior Particular Sudamericano** tiene licencia gratuita e intransferible sobre esta obra para uso no comercial, de necesitar uso comercial requiere autorización de su titular.

INSTITUTO DE TECNOLOGIAS SUDAMERICANO
GENUINA EDUCACIÓN SUPERIOR
ESTABLECIDO EN 1995

CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Aprobación del Trabajo de Titulación

Doy fe que el trabajo desarrollado por las estudiantes: **GUILLERMO VACA KAREN LISSETH y JARA AREVALO GISELLA ELIZABETH**, con el título "CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: UNA REVISION SISTEMATICA", cumple con los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Atentamente,

KARINA CARLOTA ASTUDILLO LLERENA

C.I 0106823024

INSTITUTO DE TECNOLOGIAS SUDAMERICANO
GENUINA EDUCACION SUPERIOR
ESTABLECIDO EN 1995

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL TRABAJO

Nosotras, **GUILLERMO VACA KAREN LISSETH** y **JARA AREVALO GISELLA ELIZABETH**, estudiantes del **Instituto Tecnológico Superior Particular Sudamericano** de la ciudad de Cuenca - Ecuador, que cursan la carrera de Técnico Superior en Enfermería, declaramos en forma libre y voluntaria que la presente investigación que versa sobre **"CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: UNA REVISION SISTEMATICA "** así como las expresiones vertidas en la misma, son autoría de la compareciente, quien ha realizado en base a recopilación bibliográfica, consultas de internet y consultas de campo.

En consecuencia, asumimos la responsabilidad de la originalidad de la misma y el cuidado al remitirnos a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto.

Atentamente,

GUILLERMO VACA KAREN LISSETH

Cédula: 1150075800

Atentamente,

JARA AREVALO GISELLA ELIZABETH

Cédula: 0302888029

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo, en primer lugar, a Dios, por ser mi guía constante y mi fortaleza en cada etapa de este camino. Por sostenerme en los momentos de duda, por darme paz en los instantes difíciles y por permitirme culminar este logro tan importante en mi vida profesional.

Con todo mi amor y profundo respeto, dedico este trabajo a mi papá, el señor Xavier Guillermo, quien, aunque no me acompaña físicamente, permanece presente en cada uno de mis pasos. Todo su legado, su esfuerzo incansable y su ejemplo de perseverancia hoy dan fruto en este logro. Su ejemplo de vida fue, es y será siempre mi mayor motivación; cada paso que doy y cada meta alcanzada reflejan sus enseñanzas y el orgullo inmenso que siento de ser su hija. Sus valores, su fortaleza y su amor continúan guiando mi camino y marcando cada decisión que tomo. Este logro también es suyo y lleva su nombre con profundo orgullo.

De manera muy especial, dedico este trabajo a mis abuelitos, Carmen Placencia y Juan Guillermo, quienes fueron el pilar fundamental para que yo pudiera continuar y culminar mis estudios. Su amor incondicional, su apoyo constante, su sacrificio silencioso y su confianza en mí fueron la fuerza que me impulsó a seguir adelante cuando el camino se tornaba difícil. A mi mamá Elizabeth Vaca, por su amor infinito, su paciencia, su comprensión y por estar siempre a mi lado, apoyándome sin condiciones en cada etapa de este proceso. A mis hermanas Ximena, María y Dayanna, por su compañía, su cariño y su apoyo constante, siendo una fuente permanente de motivación y fortaleza.

Finalmente, a toda mi familia, amigos y a todas aquellas personas importantes que estuvieron presentes durante este proceso tan importante de mi vida; su acompañamiento, palabras de aliento y confianza son cosas que valoro mucho, que hicieron posible la culminación de este sueño profesional.

Karen Guillermo V.

Dedicatoria

Dedico esta tesis principalmente a Dios, porque él es mi guía constante, mi fortaleza y apoyo durante todo este proceso académico. Gracias por darme la sabiduría para aprender, la fuerza para perseverar y para no rendirme ante la adversidad. Su presencia me permitió mantener la fe, la esperanza y la claridad necesarias para avanzar con responsabilidad y determinación en cada etapa de mi educación universitaria.

Dedico este trabajo a mis padres, Carlos Jara y Elizabeth Arévalo, quienes han sido un apoyo importante durante mi formación personal y académica. Su esfuerzo, liderazgo y compromiso incondicional contribuyeron al logro de este objetivo profesional. A mi hermano por el acompañamiento y comprensión su constante apoyo y presencia fue un incentivo esencial para continuar y culminar todo este proceso de formación.

De manera especial expreso mi más profundo agradecimiento a mis tíos Juan Pérez y Janneth Arévalo, por su confianza depositada en mí, me permitieron culminar mis estudios universitarios. Su contribución fue crucial para cumplir con mi carrera profesional.

Finalmente, dedico este trabajo a la memoria de mi abuelo, José Vicente Arévalo, quien, aunque ya no está físicamente presente, permanece en mis recuerdos, valores y enseñanzas. Gracias abuelo, porque tu ejemplo de vida sigue siendo una fuente constante de inspiración para mi desarrollo personal y profesional. Su legado continúa guiando mis acciones y me motiva a actuar con responsabilidad, humildad y perseverancia.

Esta tesis no es sólo la culminación de la etapa académica, sino también un reflejo del esfuerzo conjunto, el apoyo familiar y la fe que me acompañaron en este camino. A todos ellos expreso mi más profundo agradecimiento. Este logro representa el resultado del compromiso, dedicación y apoyo recibido y simboliza una meta alcanzada con el apoyo de quienes fueron parte integral de este proceso.

Gisella Jara A.

Agradecimiento

Expresamos nuestro más profundo agradecimiento a la Lcda. Karina Carlota Astudillo Llenera, tutora de esta tesis de grado, por el apoyo académico brindado durante el proceso de preparación de esta investigación. Su constante orientación, criterio profesional y compromiso con la excelencia fueron esenciales para el desarrollo y finalización de este trabajo académico.

En cada etapa, sus observaciones certeras, oportunas y constructivas permitieron fortalecer el contenido, método y enfoque de la investigación, lo que contribuyó significativamente a mejorar la calidad del trabajo presentado. Su capacidad para liderar con rigor académico, claridad y responsabilidad nos permitió comprender la importancia de la investigación como proceso formativo, reflexivo y ético en la práctica profesional.

También apreciamos mucho su constante disposición de apoyo, su paciencia ante las dificultades asociadas al proceso de investigación y sus exigencias académicas, que fueron un incentivo constante para mantener el compromiso, la disciplina y la perseverancia necesarios para lograr este objetivo. Gracias a su apoyo fue posible superar los desafíos presentados y avanzar con confianza y seguridad en cada etapa del trabajo.

Somos conscientes de que este logro académico no hubiera sido posible sin su guía, dedicación y experiencia profesional. La experiencia adquirida durante este proceso no sólo fortaleció nuestros conocimientos, sino que también contribuyó significativamente a nuestra formación personal y profesional.

Para usted, Lcda. Karina Astudillo, expresamos nuestro más profundo agradecimiento por su apoyo, por los conocimientos impartidos y el apoyo académico brindado a lo largo de nuestra formación.

Índice de contenido

Resumen IX
Abstract X
Introducción 12
Capítulo I: Problemática 17
Capítulo II: Marco Referencial 20
2.1 Antecedentes 20
2.2 Bases teóricas 24
2.2.1 Definición 24
2.2.2 Tipos de accidente cerebrovascular 25
2.2.3 Fisiopatología 27
2.2.4 Factores de riesgo y causas del ACV 27
2.2.5 Manifestaciones clínicas y diagnóstico 28
2.2.6 Complicaciones y secuelas neurológicas 29
2.2.7 Tratamiento no farmacológico en ACV 31
2.2.8 Intervenciones quirúrgicas en ACV 32
2.2.9 Intervenciones de enfermería en las diferentes fases del proceso de atención 32
2.2.10 Estrategias de enfermería para la prevención de recaídas y promoción del autocuidado 33
2.3 Marco conceptual 35
Capítulo III: Metodología de investigación 38
3.1 Fuentes y estrategias de búsqueda 38
3.2 Criterios de elegibilidad 39
3.3 Extracción y codificación de datos 40
Capítulo IV: Análisis e interpretación de los resultados 44
4.1 Discusión 45
4.2 Cronograma de actividades 49
Conclusiones 52
Recomendaciones 53
Referencias 54

Resumen

El accidente cerebrovascular representó una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial, generando secuelas físicas, cognitivas y emocionales que requirieron cuidados continuos y especializados. Durante los últimos años, el rol del personal de enfermería adquirió mayor relevancia en las diferentes fases de atención del paciente con accidente cerebrovascular, desde la fase aguda hasta la rehabilitación y el seguimiento comunitario. El objetivo general del estudio es analizar los cuidados de enfermería en pacientes con accidente cerebrovascular con base en la evidencia científica reciente publicada entre 2020 y 2025. Se desarrolló una revisión sistemática de la literatura siguiendo la metodología PRISMA 2020. La estrategia de búsqueda se ejecutó en las bases de datos PubMed y Redalyc, utilizando descriptores MeSH y DeCS relacionados con accidente cerebrovascular y cuidados de enfermería, combinados mediante operadores booleanos AND y OR. Como apoyo complementario se utilizó Google Scholar para ampliar la identificación de estudios relevantes. La búsqueda incluyó artículos publicados entre 2020 y 2025, en idioma inglés y español, con acceso a texto completo. Inicialmente se identificaron múltiples registros, los cuales fueron depurados mediante el gestor Rayyan para eliminar duplicados. Posteriormente se realizó la revisión de títulos y resúmenes, y finalmente se seleccionaron 10 artículos científicos que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Los resultados muestran que las intervenciones de enfermería más frecuentes y efectivas incluyen la vigilancia neurológica continua, la coordinación del código ictus, la movilización temprana, la rehabilitación dirigida, la educación al paciente y al cuidador, el apoyo emocional y la continuidad del cuidado tras el alta hospitalaria. Estas acciones se asocian con mejoras en la recuperación funcional, reducción de complicaciones y fortalecimiento de la calidad de vida del paciente. La evidencia analizada confirma que los cuidados de enfermería constituyen un componente esencial dentro del abordaje integral del accidente cerebrovascular en sus distintas fases de atención.

Palabras clave: accidente cerebrovascular, cuidados de enfermería, rehabilitación, movilización temprana, continuidad del cuidado.

creative commons BY NC ND

El contenido, las conclusiones y las opiniones expresadas en el presente Proyecto de Titulación son de exclusiva responsabilidad de los autores y no comprometen, representan ni reflejan la posición institucional del Instituto Tecnológico Superior Sudamericano.

La institución se exime de toda responsabilidad legal o perjuicio que pueda derivarse del contenido de esta obra frente a terceros. Los autores asumen la plena responsabilidad sobre la originalidad, la propiedad intelectual y los derechos de autor del trabajo desarrollado.

Repositorio institucional: https://repositorio.sudamericano.edu.ec/home

Abstract

Stroke has represented one of the leading causes of disability and mortality worldwide, generating physical, cognitive, and emotional sequelae that require continuous and specialized care. In recent years, the role of nursing professionals has gained greater relevance across the different phases of care for patients with stroke, from the acute phase to rehabilitation and community follow-up. The general objective of this study is to evaluate the effectiveness of nursing care in patients with stroke based on recent scientific evidence. A systematic review of the literature was conducted following the PRISMA 2020 methodology. The search strategy was carried out in the PubMed and Redalyc databases, using MeSH and DeCS descriptors related to stroke and nursing care, combined through Boolean operators AND and OR. As complementary support, Google Scholar was used to broaden the identification of relevant studies. The search included articles published between 2020 and 2025, in English and Spanish, with full-text access. Initially, multiple records were identified and subsequently screened using the Rayyan manager to remove duplicates. Titles and abstracts were then reviewed, and finally, 10 scientific articles that met the established inclusion criteria were selected. The results show that the most frequent and effective nursing interventions include continuous neurological monitoring, coordination of the stroke code, early mobilization, targeted rehabilitation, patient and caregiver education, emotional support, and continuity of care after hospital discharge. These actions are associated with improvements in functional recovery, reduction of complications, and strengthening of patients' quality of life. The analyzed evidence confirms that nursing care constitutes an essential component within the comprehensive approach to stroke across its different phases of care.

Key words: stroke, nursing care, rehabilitation, early mobilization, continuity of care..



The content, conclusions, and opinions expressed in this Graduation Project are the exclusive responsibility of the authors and do not compromise, represent, or reflect the institutional position of the Instituto Tecnológico Superior Sudamericano.

The institution disclaims all legal responsibility or liability for any damages that may arise from the content of this work toward third parties. The authors assume full responsibility for the originality, intellectual property, and copyright of the developed work.

Repositorio institucional: https://repositorio.sudamericano.edu.ec/home

Introducción

El accidente cerebrovascular se comprende como una alteración repentina del paso de sangre al cerebro, lo que corta el aporte de oxígeno y nutrientes a las neuronas que lo necesitan para seguir funcionando. Si esa interrupción dura algunos minutos las células nerviosas empiezan a morir y la persona pierde la capacidad para mover partes del cuerpo o hablar con normalidad. Este evento puede ser isquémico cuando un coágulo obstruye una arteria o hemorrágico cuando un vaso se rompe y el sangrado daña el tejido cerebral. En ambos casos se altera la comunicación de las zonas cerebrales y surgen secuelas motoras o cognitivas según la región afectada y el tiempo que pasa hasta recibir atención médica (Xue et al., 2024).

En los últimos años el ACV aumentó en frecuencia y se convirtió en una de las causas más comunes de discapacidad, afectando tanto a adultos mayores como a personas jóvenes en distintos países. Su atención inmediata y la continuidad del cuidado representan un desafío que involucra al personal de enfermería, fisioterapia y medicina, quienes deben coordinar acciones desde la fase aguda hasta la rehabilitación (Green et al., 2021).

El trabajo de enfermería tiene un papel fundamental desde los primeros minutos del ictus porque de ello depende el pronóstico del paciente. La vigilancia neurológica y hemodinámica ayuda a conservar la vía aérea y a detectar empeoramientos que limitan la recuperación. Las intervenciones en la fase inicial incluyen evaluación neurológica repetida, apoyo respiratorio y educación al paciente junto con el equipo clínico, bajo un enfoque sustentado en la evidencia científica (Madu & Ajibade, 2025). Durante los últimos años se ha demostrado que la aplicación de cuidados estructurados desde enfermería mejora los resultados clínicos y reduce complicaciones tempranas (Kumar et al., 2025).

El cuidado continuo se relaciona con la recuperación funcional y con la prevención de secuelas graves. El paciente necesita asistencia que combine la vigilancia neurológica, el control postural y la coordinación con fisioterapia para retomar movimientos. En las primeras fases del tratamiento la enfermería debe mantener la estabilidad hemodinámica, evitar infecciones respiratorias y brindar apoyo emocional que fortalece la confianza del paciente. Estudios recientes muestran que la participación activa de enfermería en programas de rehabilitación mejora la movilidad temprana y reduce la discapacidad posterior (Rethnam et al., 2023). El trabajo

interdisciplinario permite alcanzar mejores resultados porque las acciones de cada profesional se complementan durante la recuperación.

La movilización temprana une el trabajo de enfermería y fisioterapia y favorece el movimiento progresivo y seguro del cuerpo. Las primeras acciones pueden ser simples, como sentar al paciente en la cama, ayudarlo a ponerse de pie o dar algunos pasos con supervisión. Estas rutinas evitan rigidez y complicaciones musculares mientras se observan reacciones corporales y se controlan signos vitales. En Qatar, un estudio mostró que los protocolos de movilización aplicados dentro de las primeras semanas mejoraron la velocidad de marcha y la estabilidad en pacientes con ACV agudo, reforzando la necesidad de intervenir pronto (Viswambharan et al., 2025).

Los programas coordinados por enfermería en fase aguda y subaguda demostraron eficacia en la recuperación motora y en la reducción de tiempos de hospitalización. Un ensayo piloto evidenció que una intervención dirigida por enfermeras fue factible y mejoró la función motora en casos de ictus isquémico. En entornos comunitarios otro estudio mostró que la orientación de enfermería favoreció la calidad del cuidado y redujo la dependencia de servicios domiciliarios prolongados (Wang et al., 2022). La evidencia coincide en que las acciones del personal de enfermería impactan directamente en la evolución neurológica del paciente y que su rol debe mantenerse activo desde el ingreso hasta el seguimiento ambulatorio.

La fase de transición del hospital al hogar exige una coordinación organizada para que el paciente continúe su recuperación sin interrupciones. La enfermería es responsable de planificar el alta, educar al cuidador y vigilar los síntomas durante las primeras semanas. El objetivo es mantener la estabilidad clínica, fortalecer la adherencia al tratamiento y disminuir los reingresos. Se recopila la información necesaria para el autocuidado y se refuerza la comunicación con el equipo de rehabilitación (Zimmerman et al., 2021). La continuidad del cuidado también se ha relacionado con una mejor percepción del paciente sobre su progreso y con la reducción de complicaciones asociadas a la falta de seguimiento.

Por su parte, Camicia et al. (2021) demostraron que los modelos de transición coordinados por enfermería aumentan la participación familiar y fortalecen la seguridad del paciente en el domicilio. Los programas de coordinación de cuidados en servicios neurológicos han logrado mayor cumplimiento en las evaluaciones posteriores al alta y mejor conexión con los servicios

ambulatorios. Este enfoque confirma la relevancia de la enfermería dentro de un proceso que integra al paciente, la familia y el sistema de salud, favoreciendo la continuidad y el bienestar.

El desarrollo de la telerehabilitación se presenta como una alternativa útil para mantener la atención cuando el paciente retorna al hogar. Mediante plataformas digitales la enfermería guía ejercicios, observa progresos y refuerza la educación sobre prevención de complicaciones. Estas herramientas también fortalecen el vínculo emocional, ya que el contacto frecuente con el profesional disminuye el aislamiento y mejora la seguridad del paciente en su entorno. Las aplicaciones móviles y las videollamadas permiten ajustar rutinas y metas funcionales sin detener el proceso terapéutico (Osei et al., 2023). De esta manera el cuidado se mantiene constante, aun cuando el seguimiento presencial no es posible.

La capacitación continua del personal de enfermería se vuelve necesaria para garantizar una atención actualizada y competente. Los programas formativos incluyen educación al cuidador, evaluación funcional y control de resultados clínicos que permiten medir la efectividad de las intervenciones. El uso de enseñanza virtual favorece el acceso a información y mejora la calidad de vida del paciente al reducir la carga familiar (Nazari et al., 2024). Esta formación constante mantiene el conocimiento actualizado frente a los cambios tecnológicos y clínicos en el tratamiento del ACV.

El componente emocional influye de manera directa en la recuperación, ya que la depresión posictus es una complicación frecuente que retrasa el avance del paciente si no se detecta a tiempo. Los cuidados de enfermería integran la evaluación del estado emocional y el apoyo psicológico tanto al paciente como a su familia. Un estudio reciente señaló una alta prevalencia de depresión durante los primeros tres meses después del evento, asociada con menor independencia y peor calidad de vida (Butsing et al., 2024). Estos datos reafirman que el cuidado debe incluir acompañamiento emocional como parte esencial de la rehabilitación y no limitarse al aspecto físico.

En el contexto general el ACV continúa siendo una de las principales causas de discapacidad y muerte en el mundo. En América Latina la incidencia ha aumentado con el envejecimiento poblacional y los estilos de vida poco saludables. Se calcula que más de doce millones de personas sufren un primer evento cada año y cerca de seis millones y medio mueren

por sus consecuencias (Green et al., 2021). Estas cifras evidencian la necesidad de fortalecer la atención continua y la rehabilitación posterior al alta.

La falta de personal capacitado y de coordinación entre enfermería, fisioterapia y medicina limita el tratamiento integral. Muchos hospitales carecen de protocolos estandarizados para la movilización temprana, la educación del cuidador y la prevención de complicaciones, lo que retrasa la recuperación. Los estudios recientes muestran que el seguimiento deficiente luego del alta perjudica la adherencia a la rehabilitación y la prevención secundaria, aumentando el riesgo de recaídas y deterioro funcional prolongado (Kumar et al., 2025).

El proceso de adaptación después de un ictus es complejo y requiere intervenciones centradas no solo en el cuerpo sino también en los aspectos emocionales y sociales. La ausencia de acompañamiento aumenta la carga del cuidador y la probabilidad de depresión en el entorno familiar. Se estima que más del treinta por ciento de los pacientes desarrollan síntomas depresivos que reducen su participación en la rehabilitación y afectan su calidad de vida (Xue et al., 2024). Por eso se necesita un enfoque multidisciplinario donde la enfermería mantenga un rol activo.

Frente a esta situación resulta necesario analizar la evidencia disponible sobre los cuidados de enfermería en el ACV, identificando las estrategias que favorecen la recuperación funcional y reducen las complicaciones. La revisión de la literatura reciente permitirá conocer qué intervenciones han sido efectivas, analizar la evidencia científica sobre los métodos utilizados y proponer recomendaciones adaptadas al contexto hospitalario y comunitario. La investigación se plantea la pregunta: ¿Cuáles son los cuidados de Enfermeria en pacientes con accidente cerebrovascular?

El estudio justifica su desarrollo porque el ACV modifica profundamente la vida del paciente y de su entorno, y requiere atención constante del personal de enfermería. Comprender cómo los cuidados influyen en la recuperación y la prevención de complicaciones es necesario para mejorar la práctica profesional. El análisis busca reunir la evidencia más reciente sobre intervenciones aplicadas durante el proceso hospitalario y la rehabilitación (Rethnam et al., 2023).

En la práctica diaria los enfermeros enfrentan dificultades por falta de recursos o por desconocimiento de protocolos actualizados, por lo que la revisión pretende fortalecer la actuación clínica y disminuir los riesgos asociados a la atención. También se observa que en muchos

servicios el cuidado se centra en el aspecto médico y se descuidan la educación, la comunicación y el acompañamiento emocional. La revisión permitirá identificar experiencias exitosas y áreas donde se puede mejorar el rol de enfermería dentro del equipo multidisciplinario (Camicia et al., 2021).

En la provincia de Azuay, se registró una tasa de mortalidad por accidente cerebrovascular de 23,91 por cada 100 000 habitantes durante el periodo 2010–2020, mostrando una variación porcentual anual de +1,54 %, lo que evidencia un incremento sostenido del impacto del ACV en la región. Este comportamiento epidemiológico posiciona al Azuay entre las provincias con mayor carga de enfermedad cerebrovascular en el país, reflejando la necesidad de fortalecer acciones locales de prevención, detección y tratamiento oportuno (Carvajal et al., 2024).

Esta investigación tiene además una justificación social y académica, ya que fomenta la actualización permanente del personal en un tema que afecta a miles de personas y representa una alta carga sanitaria. El conocimiento obtenido puede contribuir al diseño de guías locales y capacitaciones que respondan a las necesidades reales de los pacientes con secuelas neurológicas. De este modo el estudio busca aportar un enfoque sistemático que promueva prácticas más seguras y humanas, fortaleciendo la relación entre teoría y práctica profesional.

El objetivo general es analizar los cuidados de enfermería en pacientes con accidente cerebrovascular con base en la evidencia científica reciente publicada entre 2020 y 2025. Los objetivos específicos son identificar las intervenciones de enfermería más utilizadas en la prevención y manejo inicial del accidente cerebrovascular según los estudios actuales, describir los resultados obtenidos por las estrategias de cuidado de enfermería aplicadas durante la rehabilitación física y funcional de los pacientes con secuelas neurológicas, y analizar los componentes de la atención integral de enfermería descritos en la literatura y su relación con la evolución clínica de los pacientes con accidente cerebrovascular, proponer recomendaciones orientadas a optimizar las intervenciones de enfermería en pacientes con accidente cerebrovascular, fundamentadas en la evidencia científica.

Capítulo I: Problemática

El ACV representa una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial, afectando tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo. Su impacto se extiende más allá del daño neurológico, generando secuelas físicas, cognitivas y emocionales que limitan la independencia del individuo. En América Latina, el aumento del envejecimiento poblacional y los estilos de vida poco saludables incrementan la incidencia de ictus y la carga económica asociada al tratamiento y la rehabilitación. Según la *World Stroke Organization* (WSO), cada año más de 12 millones de personas sufren un primer evento cerebrovascular y alrededor de 6.5 millones fallecen, lo que demuestra la urgencia de fortalecer los cuidados continuos y la rehabilitación posterior al alta (Green et al., 2021).

El déficit en la atención integral del paciente con ACV se relaciona frecuentemente con la falta de personal capacitado y con la escasa coordinación entre enfermería, fisioterapia y medicina. Muchos hospitales carecen de protocolos estandarizados para la movilización temprana, la prevención de complicaciones y la educación del cuidador, lo que retrasa la recuperación y eleva el riesgo de dependencia funcional. Los estudios actuales señalan que el seguimiento insuficiente luego del alta hospitalaria afecta la adherencia a la rehabilitación y la prevención secundaria, perpetuando las recaídas y el deterioro funcional a largo plazo (Kumar et al., 2025).

Por otro lado, los pacientes que sobreviven al ictus enfrentan un proceso de adaptación complejo, donde las intervenciones de enfermería deben centrarse no solo en el tratamiento físico sino también en el apoyo emocional y social. La falta de acompañamiento estructurado incrementa la carga del cuidador y el riesgo de depresión tanto en el paciente como en su entorno familiar. Las investigaciones recientes destacan que la depresión posictus está presente en más del 30 % de los casos y repercute negativamente en la calidad de vida y la participación en la terapia de rehabilitación, lo cual exige estrategias multidisciplinarias coordinadas desde enfermería (Xue et al., 2024).

En Cuenca, se desarrolló la investigación de Sánchez et al. (2021), donde se analizaron 20 pacientes cuencanos con accidente cerebrovascular, identificándose que el 90 % presentó ACV isquémico y el 76 % mostró algún grado de discapacidad posterior al evento. La investigación demostró que los pacientes de Cuenca presentaban mayores secuelas funcionales y mayor

mortalidad en comparación con otro grupo internacional evaluado, resaltando la urgencia de mejorar la atención clínica, el seguimiento y la rehabilitación en los servicios de salud de la ciudad.

En este contexto, se requiere analizar de manera sistemática las evidencias disponibles sobre las prácticas de enfermería en pacientes con ACV, identificando intervenciones efectivas que contribuyan a mejorar la funcionalidad, reducir complicaciones y fortalecer la coordinación con fisioterapia. La escasez de estudios locales y la variabilidad en la aplicación de protocolos justifican la necesidad de una revisión de la literatura actual que permita orientar la formación del personal y optimizar las estrategias de cuidado en los diferentes niveles de atención.

En los servicios donde se atienden pacientes con accidente cerebrovascular se observan prácticas de enfermería que no siempre siguen un mismo orden y eso crea un cuadro desigual en la evolución clínica. En algunos turnos se aplican cuidados que mejoran la estabilidad y en otros se repiten acciones sin un criterio uniforme, lo que genera confusión para quienes deben dar seguimiento. Esta situación produce un diagnóstico inicial donde el cuidado aparece fragmentado y con resultados que cambian sin una razón clara, algo que se vuelve más evidente en etapas agudas del proceso.

Los antecedentes muestran estudios recientes que describen intervenciones de enfermería que apoyan la recuperación funcional y la prevención de complicaciones en personas con accidente cerebrovascular, aunque muchos reportes indican que la aplicación no siempre coincide con lo que se publica. La literatura menciona técnicas de movilización temprana, control neurológico frecuente y acciones de coordinación con fisioterapia, pero en la práctica varios equipos aplican estas medidas de forma parcial. Este contraste entre lo documentado y lo que se ve en los servicios da una base que sostiene la necesidad de analizar el tema con mayor cuidado.

El problema surge debido a que no se tiene claro cuáles intervenciones de enfermería apoyan más la recuperación durante las distintas fases de atención del accidente cerebrovascular. Aunque se conocen varias estrategias, los resultados no son iguales y se desconoce qué acciones priorizar en el momento adecuado. Con esa situación se plantea la pregunta principal del estudio: ¿Cuáles son los cuidados de Enfermeria en pacientes con accidente cerebrovascular?

El estudio se limita a personas adultas con accidente cerebrovascular atendidas en servicios que aplican cuidados directos de enfermería, dejando fuera otros trastornos neurológicos que no

se ajustan al propósito. Se analizan intervenciones que se realizan antes, durante y después del evento con el fin de observar su efecto en la evolución del paciente. Esta delimitación permite enfocar el análisis en el cuidado continuo y en las acciones que el personal realiza en los diferentes momentos sin ampliar el alcance hacia áreas que no corresponden al objetivo planteado.

Capítulo II: Marco Referencial

2.1 Antecedentes

En primer lugar, Butsing et al. (2024), realizaron su investigación en Tailandia con el objetivo de analizar la relación entre la depresión posictus y los resultados funcionales. El estudio utilizó población de pacientes adultos que habían sufrido un accidente cerebrovascular, evaluados durante los primeros meses posteriores al evento. Se aplicó una metodología basada en una revisión sistemática de estudios previos, examinando datos cuantitativos sobre funcionalidad y síntomas depresivos. Los resultados mostraron que la depresión posictus se asocia con menor independencia y peor calidad de vida en la fase inicial de recuperación. La conclusión establece que la detección temprana del componente emocional debe integrarse en los programas de rehabilitación para optimizar el avance clínico.

Por otro lado, Camicia et al. (2021) desarrollaron un estudio en Estados Unidos cuyo objetivo fue describir la participación de enfermería en la transición del cuidado del paciente con accidente cerebrovascular desde el área aguda hacia la comunidad. Su población incluyó adultos hospitalizados por ictus analizados a través de una revisión integradora basada en evidencia. La metodología consistió en recopilar estudios sobre estrategias de coordinación, educación y seguimiento después del alta. Los resultados evidenciaron que los modelos de transición dirigidos por enfermería mejoran la comunicación con la familia, fortalecen la adherencia y ayudan a reducir complicaciones tempranas. La conclusión destaca que la coordinación estructurada liderada por enfermería favorece la continuidad del cuidado y el retorno seguro al domicilio.

Además, Green et al. (2021) llevaron a cabo un estudio en Estados Unidos con el objetivo de actualizar las recomendaciones de enfermería para el manejo del accidente cerebrovascular isquémico agudo en la etapa posterior a la fase hiperaguda. La población considerada incluyó pacientes adultos con ictus atendidos en entornos hospitalarios y se utilizó como metodología una revisión de guías clínicas y estudios de evidencia reciente. Los resultados indican que la vigilancia neurológica constante, el manejo de la vía aérea y la educación estructurada son componentes que mejoran el pronóstico. La conclusión propone fortalecer los protocolos de enfermería como parte esencial del tratamiento integral.

Por otro lado, Kumar et al. (2025) realizaron su estudio en India y otros países asiáticos con el objetivo de evaluar los efectos de programas liderados por enfermeras en el manejo agudo del accidente cerebrovascular. La población se conformó por pacientes atendidos en servicios de emergencia y unidades de ictus. La metodología fue una revisión sistemática y metaanálisis que integró estudios sobre tiempos de tratamiento y resultados clínicos. Los resultados mostraron que los modelos dirigidos por enfermería aumentan las tasas de trombólisis y optimizan los tiempos puerta-aguja. La conclusión confirma que los programas coordinados por enfermeras pueden mejorar la atención inmediata y los resultados funcionales.

Por otra parte, Madu y Ajibade (2025), realizaron un estudio en Nigeria con la finalidad de describir las principales intervenciones de enfermería en el manejo agudo del accidente cerebrovascular. La población incluyó adultos con ictus atendidos en hospitales y la metodología consistió en una revisión narrativa basada en evidencia clínica. Los resultados identificaron intervenciones esenciales como el apoyo respiratorio, la evaluación neurológica continua y la prevención de complicaciones sistémicas. La conclusión afirma que la formación y la respuesta rápida de enfermería influyen directamente en el pronóstico temprano del paciente.

Sumado a esto, Nazari et al. (2024), desarrollaron en Irán un ensayo clínico aleatorizado cuyo objetivo fue analizar los efectos de un programa educativo en línea para pacientes con accidente cerebrovascular y sus cuidadores. La población incluyó adultos con ictus y un familiar responsable, asignados a grupos intervención y control. La metodología utilizó sesiones virtuales y mediciones de carga del cuidador y calidad de vida. Los resultados mostraron que el entrenamiento en línea redujo la carga emocional del cuidador y mejoró la calidad de vida del paciente. La conclusión destaca que la educación virtual puede incorporarse como herramienta complementaria en entornos con limitaciones de acceso presencial.

Adicional a esto, Osei et al. (2023) realizaron un estudio en Ghana cuyo objetivo fue evaluar la factibilidad de un programa piloto de telerehabilitación dirigido por enfermería para mejorar la autogestión del paciente con ictus. La población estuvo compuesta por adultos en fase de recuperación que participaron en sesiones remotas mediante tecnología digital. La metodología fue un ensayo piloto aleatorizado enfocado en evaluar aceptación y adherencia. Los resultados indicaron que la intervención fue viable y permitió mantener el contacto continuo entre paciente y

enfermera. La conclusión señala que la telerehabilitación podría fortalecer el seguimiento y facilitar la continuidad del tratamiento en zonas con limitaciones de acceso.

Rethnam et al. (2023) desarrollaron su estudio en Australia con el objetivo de analizar los factores del sistema de atención y del paciente que influyen en la decisión de iniciar movilización temprana tras un accidente cerebrovascular. La población incluyó pacientes hospitalizados en unidades de ictus y profesionales de salud vinculados. Se empleó una metodología cualitativa y cuantitativa combinada. Los resultados demostraron que la variabilidad clínica, la organización del servicio y la disponibilidad de personal influyen en la toma de decisiones. La conclusión indica que mejorar la coordinación y los recursos puede facilitar la movilización temprana.

Por otro lado, Viswambharan et al. (2025) desarrollaron un estudio en Qatar con el objetivo de explorar la implementación de la movilización temprana en pacientes con accidente cerebrovascular. La población incluyó adultos en fase aguda atendidos en hospitales del país. La metodología fue cualitativa, basada en entrevistas a profesionales de rehabilitación y enfermería. Los resultados indicaron barreras relacionadas con organización del servicio y disponibilidad de personal. La conclusión destaca que fortalecer protocolos y capacitar equipos facilita la movilización temprana.

Por otra parte, Wang et al. (2022) realizaron un ensayo piloto en China cuyo objetivo fue evaluar un programa de rehabilitación motora dirigido por enfermería en pacientes con ictus isquémico agudo. La población incluyó adultos hospitalizados asignados a grupos intervención y control. La metodología consistió en la aplicación de un programa estructurado de ejercicios supervisados. Los resultados mostraron mejoría en la función motora en quienes recibieron la intervención. La conclusión indica que los programas liderados por enfermería pueden ser una estrategia eficaz en rehabilitación temprana.

En el ámbito nacional, Sánchez Maldonado et al. (2021) realizaron un estudio transversal entre España y Ecuador con el propósito de comparar las discapacidades derivadas del ictus. La población incluyó 20 pacientes de Cuenca y un grupo español con las mismas características diagnósticas. La metodología fue un análisis comparativo basado en escalas funcionales. Los resultados mostraron mayor discapacidad y mayor mortalidad en el grupo ecuatoriano. La conclusión señala la necesidad de mejorar la atención y rehabilitación en servicios locales.

Además, Carvajal et al. (2024) desarrollaron un análisis epidemiológico en Ecuador con el propósito de describir la evolución de la mortalidad por accidente cerebrovascular entre 2010 y 2020. Utilizaron como población los registros nacionales de defunciones, aplicando una metodología descriptiva basada en tasas ajustadas y variaciones anuales. Los resultados mostraron un incremento sostenido en la mortalidad por ictus, especialmente en provincias como Azuay, lo que indica una progresión del impacto sanitario. La conclusión del estudio señala la necesidad de reforzar estrategias preventivas y mejorar la atención especializada para disminuir la carga del ACV en el país.

Por otro lado, Li et al. (2024), desarrollaron una intervención en China que buscó reducir el tiempo puerta-aguja mediante un proceso guiado por enfermería que reorganizó actividades en el área de emergencias. El estudio examinó adultos con ictus isquémico que recibieron trombólisis durante dos periodos consecutivos. El programa organizó tiempos y funciones del equipo clínico para mejorar la secuencia de atención. Se aplicaron mediciones antes y después con indicadores temporales. Los resultados mostraron reducción en minutos y un mayor acceso a tratamiento oportuno. El análisis presenta la necesidad de reforzar equipo y procesos para sostener estos avances.

Por otra parte, Zrelak et al. (2024), realizaron una revisión sobre salud psicosocial en sobrevivientes de ictus concentrándose en síntomas emocionales frecuentes durante las primeras etapas del proceso. La población considerada incluyó estudios con adultos que atravesaron diferentes fases de recuperación luego del evento cerebral. Se revisaron intervenciones que incorporan educación manejo emocional y seguimiento clínico que fueron agrupadas en varias categorías. El trabajo examinó impacto en áreas como estado de ánimo y bienestar. La revisión mostró beneficios cuando enfermería realiza evaluaciones periódicas. El artículo destaca la necesidad de fortalecer la supervisión del componente psicológico.

A nivel regional, García y Alejandro (2022), presentaron un caso clínico en México donde aplicaron un plan de cuidados basado en el modelo de Virginia Henderson durante la atención de un paciente con ictus hemorrágico. El análisis incluyó valoración de necesidades alteradas y elaboración de intervenciones dirigidas a ventilación movilidad y comunicación. El caso fue documentado mediante registros clínicos con seguimiento durante la hospitalización. La intervención permitió observar avances en estabilidad y autocuidado. Se organizó el proceso

conforme el modelo propuesto. El informe final identifica utilidad práctica del modelo en escenarios reales.

Xu et al. (2021) evaluaron los efectos de incorporar una enfermera de ictus disponible de forma continua en el protocolo de trombólisis intravenosa en un hospital de China. Se estudiaron cohorte antes y después del cambio aplicado durante varios años. La metodología incluyó análisis de tiempos terapéuticos y valoración funcional a tres meses. El equipo registró reducción en minutos desde el ingreso hasta la administración del fármaco. La comparación mostró mayor proporción de pacientes con recuperación favorable. Se concluye que la presencia continua de una enfermera especializada facilita decisiones y apoyo inmediato.

Por último, Babkair et al. (2023), llevaron a cabo un estudio transversal en Arabia Saudita cuyo propósito fue examinar prácticas de enfermería en unidades de ictus y cuidados intensivos dentro de varios hospitales. La población estuvo conformada por profesionales que respondieron a una encuesta estructurada. El análisis agrupó información relacionada con capacitación recursos y actividades realizadas. Los resultados evidenciaron variaciones importantes entre unidades en cuanto al manejo temprano. Las diferencias mostraron dificultades para unificar criterios asistenciales. El estudio concluye que es necesario impulsar formación para mejorar la atención.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Definición

El accidente cerebrovascular se describe como un episodio repentino que altera la función neurológica por fenómenos isquémicos o hemorrágicos en el cerebro, médula o retina. La confirmación suele realizarse mediante estudios de neuroimagen que permiten observar la lesión. Este enfoque incorpora la valoración clínica con la evidencia objetiva del daño nervioso. El concepto actual deja atrás interpretaciones limitadas basadas solo en los síntomas iniciales. En diferentes escenarios el ACV aparece con un inicio abrupto y genera afectaciones que pueden progresar en poco tiempo. La comprensión de este proceso demanda atención constante porque su evolución puede ser rápida (GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators, 2024).

Las manifestaciones comienzan con pérdida de fuerza, trastornos del lenguaje, cambios visuales o dificultades para mantener el equilibrio y estas alteraciones permanecen más de 24 horas o llevan a la muerte del paciente. Cuando los síntomas desaparecen antes de ese periodo sin

evidencia de lesión en las imágenes se denomina ataque isquémico transitorio. Esta situación incrementa el riesgo de que ocurra un evento posterior con mayor compromiso neurológico. El reconocimiento oportuno evita que el cuadro avance hacia complicaciones severas. En muchos pacientes se observan variaciones súbitas que obligan a una evaluación inmediata. Ese proceso diagnóstico se adapta a la disponibilidad tecnológica de cada centro (GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators, 2024).

El ACV se identifica como una condición dependiente del tiempo y se ubica entre las primeras causas de muerte y discapacidad en distintos países. La carga se distribuye en regiones con diferentes niveles de ingresos y afecta tanto sistemas de salud consolidados como contextos con recursos limitados. Este patrón representa un desafío constante para los programas de prevención y atención. La magnitud del problema demanda intervenciones organizadas para responder con rapidez. Los servicios sanitarios enfrentan un aumento de pacientes que requieren terapias especializadas. En algunos territorios se observa una tendencia sostenida que modifica la planificación sanitaria (Madu & Ajibade, 2025).

La disciplina de enfermería comprende que cualquier cambio neurológico de inicio brusco debe manejarse como un posible ictus hasta descartar otras causas. El personal debe reconocer signos de alarma y activar el código correspondiente en cada institución. Esa acción facilita el acceso inmediato a estudios como tomografía o resonancia que orientan el tratamiento inicial. La coordinación del traslado y la vigilancia continua influyen directamente en la recuperación del paciente. La preparación del equipo permite mejorar la respuesta en los primeros minutos que resultan determinantes. En situaciones complejas se generan variaciones en la atención que requieren ajustes constantes (Madu & Ajibade, 2025).

2.2.2 Tipos de accidente cerebrovascular

El ACV isquémico aparece cuando una arteria cerebral se bloquea por trombosis o embolia y también por enfermedad de pequeño vaso, lo que interrumpe el aporte adecuado de sangre. Esta condición representa la mayoría de los casos y genera un infarto del tejido nervioso que altera funciones críticas del cerebro. Su frecuencia conduce a que muchas guías organicen la atención para priorizar terapias de reperfusión en los primeros minutos. En varios servicios se han definido rutas asistenciales que buscan disminuir retrasos en el diagnóstico. El proceso clínico puede variar

según el alcance de la oclusión y el estado previo del paciente. Esta forma demanda vigilancia continua porque la evolución puede ser rápida (Maida et al., 2024).

El ACV hemorrágico incluye la hemorragia intracerebral y la hemorragia subaracnoidea, condición que aunque menos frecuente presenta un riesgo mayor por el efecto del hematoma. La acumulación de sangre incrementa la presión intracraneal y provoca daño en el parénquima con deterioro precoz del estado neurológico. En muchos pacientes el evento se relaciona con hipertensión sin control adecuado y en otros con malformaciones vasculares. El uso de anticoagulantes incrementa la posibilidad de este tipo de lesión aunque el patrón clínico depende del sitio del sangrado. La evolución puede ser impredecible y requiere respuesta inmediata del equipo. El pronóstico empeora cuando el volumen del sangrado crece de forma acelerada (Maida et al., 2024).

Las diferencias entre ACV isquémico y hemorrágico no siempre se identifican con la valoración física inicial, y muchos signos tempranos pueden aparecer en ambos procesos con variaciones menores. Síntomas como cefalea intensa o vómitos son más comunes en cuadros hemorrágicos aunque no se consideran un criterio definitivo. La confirmación necesita estudios de imagen que permitan observar la presencia o ausencia de sangrado. La tomografía computarizada suele ser el método más accesible y la resonancia aporta detalles adicionales según el caso. Algunos pacientes presentan manifestaciones confusas que dificultan la clasificación inmediata. Por eso se recomienda un abordaje estructurado para evitar errores diagnósticos (McDermott et al., 2025).

Para enfermería la diferenciación conceptual entre ambos tipos es fundamental porque cada uno requiere prioridades distintas, y la preparación del equipo condiciona la atención inicial. En el ACV isquémico se intenta reducir el tiempo hacia la reperfusión con acciones organizadas desde el primer contacto. En el ACV hemorrágico se orienta el cuidado hacia el control de la presión arterial y la vigilancia del estado de conciencia. La valoración neurológica seriada permite detectar cambios que indiquen riesgo de herniación o ampliación de la lesión. Las intervenciones se ajustan a protocolos que buscan estabilidad y disminución de complicaciones. La actuación temprana modifica de manera directa el pronóstico funcional del paciente (McDermott et al., 2025).

2.2.3 Fisiopatología

En el ACV isquémico la interrupción repentina del flujo sanguíneo reduce el aporte de oxígeno y glucosa, situación que afecta la energía celular de forma inmediata. La falta de estos sustratos altera la homeostasis iónica y provoca fallos eléctricos en las neuronas. El proceso genera un núcleo isquémico donde la muerte celular ocurre con rapidez. Alrededor se forma una zona de penumbra que conserva actividad mínima y mantiene cierto potencial de recuperación. Esa área puede salvarse si el flujo se restituye de forma oportuna. La variación temporal condiciona la extensión final del daño (Majumder, 2024).

La cascada isquémica se inicia con liberación excesiva de glutamato que facilita la entrada de calcio, evento que altera múltiples funciones celulares. La acumulación de estos iones activa proteasas que dañan estructuras internas. En paralelo se generan especies reactivas de oxígeno que deterioran membranas y proteínas. La suma de estos cambios produce apoptosis o necrosis según la gravedad del insulto. La neuroinflamación progresa y contribuye a la ruptura de la barrera hematoencefálica. Este conjunto de procesos incrementa el riesgo de edema en las horas siguientes(Majumder, 2024).

En el ACV hemorrágico además del efecto mecánico del hematoma se observa acción tóxica derivada de los productos de la sangre, lo que inicia reacciones inflamatorias intensas. Estas sustancias generan estrés oxidativo que acelera el deterioro de las neuronas y de la glía. En muchos pacientes la expansión del sangrado eleva la presión intracraneal con cambios bruscos en el estado de conciencia. El volumen del hematoma puede desplazar estructuras profundas y desencadenar herniación. El proceso avanza con rapidez en las primeras horas. La lesión final depende del sitio donde se produce la ruptura vascular (Majumder, 2024).

2.2.4 Factores de riesgo y causas del ACV

Los factores de riesgo modificables incluyen hipertensión arterial y tabaquismo junto con diabetes mellitus y dislipidemia, condición que incrementa la probabilidad de un evento cerebrovascular. La combinación con sedentarismo y consumo excesivo de alcohol añade un impacto adicional en la evolución del daño. Estudios recientes indican que la mayoría de los casos se originan por la suma de estos elementos. En distintas poblaciones se observa un patrón similar aunque con variaciones mínimas. La interacción entre componentes metabólicos y conductuales

explica la carga creciente de la enfermedad. Estos aspectos requieren una vigilancia constante desde el primer nivel de atención (Hilkens et al., 2024).

El ACV isquémico se divide en subtipos como aterotrombótico y cardioembólico además del lacunar, clasificación que facilita comprender la causa primaria del evento. Cada subtipo mantiene un patrón propio de riesgo que orienta el diagnóstico. La fibrilación auricular se relaciona con el cardioembólico y la hipertensión mantenida con el lacunar. Este enfoque permite ajustar el tratamiento según el mecanismo probable. En algunos pacientes la etiología resulta compleja y requiere estudios adicionales para definirla. El análisis adecuado mejora la precisión en la prevención secundaria (Maida et al., 2024).

Los factores no modificables incluyen edad avanzada y sexo junto con antecedentes familiares, categoría que no puede alterarse mediante intervenciones habituales. Sin embargo se observa aumento de eventos en personas jóvenes con obesidad o hipertensión precoz. El consumo de sustancias y la exposición a contaminación ambiental participan en la aparición del cuadro. La interacción entre riesgo biológico y condiciones sociales produce variaciones importantes en cada región. La identificación temprana ofrece una oportunidad de intervención antes de que aparezca daño irreversible. Estos aspectos deben considerarse dentro de la valoración integral del paciente (Hilkens et al., 2024).

2.2.5 Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Las manifestaciones clínicas del ACV aparecen de forma repentina con hemiparesia o hemiplejia y también con desviación de la comisura bucal, situación que alerta sobre un trastorno vascular agudo. Se observan alteraciones del lenguaje como afasia o disartria y pueden surgir pérdidas visuales monoculares o hemianopsias según la región afectada. La inestabilidad para la marcha aparece en varios pacientes junto con cambios bruscos en el nivel de conciencia. El inicio repentino orienta la sospecha frente a otros diagnósticos neurológicos. Esta característica ofrece al personal la posibilidad de detectar el evento en los primeros minutos. La rapidez del cuadro condiciona el tiempo disponible para actuar (Patil et al., 2022).

En el entorno prehospitalario se utilizan escalas sencillas como FAST y versiones ampliadas que permiten identificar signos relevantes, y facilitan la activación inmediata del sistema de emergencias. Estas herramientas pueden ser aplicadas por personal capacitado o por testigos del evento sin requerir equipos especiales. La detección temprana agiliza el traslado hacia

un centro con capacidad de atención. En el medio hospitalario se emplea la escala NIHSS para evaluar la gravedad del déficit neurológico. Este instrumento orienta la toma de decisiones terapéuticas en las primeras horas. La monitorización repetida permite apreciar cambios positivos o negativos (Patil et al., 2022).

El diagnóstico se confirma mediante neuroimagen urgente con tomografía computarizada sin contraste, técnica que permite diferenciar un ACV isquémico de uno hemorrágico. La resonancia magnética complementa esta información y define la extensión del tejido comprometido. Los estudios vasculares aportan datos sobre la localización de la oclusión y permiten valorar la viabilidad de zonas críticas. En ciertos pacientes las imágenes iniciales pueden ser poco concluyentes por lo que se realizan exploraciones adicionales. La interpretación adecuada orienta de forma directa el tipo de tratamiento indicado. La precisión diagnóstica optimiza la respuesta terapéutica temprana (Choi et al., 2022).

El personal de enfermería interviene desde la primera valoración mediante identificación de síntomas y aplicación de escalas neurológicas, acción que facilita el reconocimiento del evento. También participa en la preparación del paciente para la neuroimagen realizando controles de seguridad. La vigilancia de signos vitales y glucemia permite detectar cambios que alteren la estabilidad. La coordinación con el equipo médico reduce los tiempos hacia el diagnóstico definitivo. El seguimiento estrecho durante la fase aguda evita retrasos en el tratamiento. Una comunicación organizada mejora la probabilidad de recuperación funcional.

2.2.6 Complicaciones y secuelas neurológicas

Después del episodio agudo muchos sobrevivientes desarrollan discapacidad persistente con déficit motor y espasticidad, situación que limita actividades cotidianas y procesos de interacción social. También aparecen alteraciones del lenguaje que incluyen dificultades para expresar o comprender mensajes. En varias personas se observa fatiga constante junto con dolor crónico que afecta el rendimiento diario. El impacto varía según la localización y la extensión del daño cerebral. La oportunidad en la rehabilitación condiciona la mejoría funcional disponible. Este conjunto de secuelas requiere intervenciones continuas y organización terapéutica (Chen et al., 2023).

Las complicaciones neurológicas posteriores incluyen crisis epilépticas y depresión post ACV, condiciones que modifican la evolución clínica a mediano plazo. El deterioro cognitivo

aparece en algunos pacientes y en otros progresa hacia demencia vascular según el tipo de lesión. Estos problemas pueden manifestarse semanas después del evento y requieren vigilancia sostenida. La variación del estado mental influye en la adherencia a los tratamientos. La participación en programas de rehabilitación se ve afectada cuando el cuadro emocional se agrava. Un seguimiento adecuado permite identificar cambios tempranos (Awere et al., 2024).

Entre las complicaciones sistémicas se incluyen infecciones respiratorias asociadas a aspiración y también infecciones urinarias, situaciones que prolongan la estadía hospitalaria. La trombosis venosa profunda surge en pacientes con movilidad limitada y favorece cuadros más severos. Las úlceras por presión y la desnutrición aparecen con frecuencia en etapas subagudas. Cada una aumenta el riesgo de mortalidad en distintos momentos del proceso. La movilización temprana reduce la posibilidad de varios de estos problemas. La evaluación de la deglución y la profilaxis antitrombótica completan las medidas preventivas básicas (Awere et al., 2024).

El personal de enfermería participa de forma directa en la detección temprana de complicaciones mediante valoración neurológica seriada y control del dolor, tareas que facilitan intervenciones oportunas. La monitorización del estado nutricional ofrece información útil para ajustar cuidados. La coordinación con fisioterapia y fonoaudiología permite fortalecer estrategias de recuperación progresiva. También se integra terapia ocupacional y apoyo psicológico según las necesidades del paciente. Los planes de cuidado se elaboran de manera individualizada con objetivos funcionales definidos. La familia colabora en el proceso cuando recibe orientación adecuada (Chen et al., 2023).

El manejo farmacológico del ACV isquémico utiliza agentes dedicados a reperfusión vascular cerebral y control oportuno de alteraciones neurológicas, algunos pacientes reciben fibrinolíticos como el alteplasa (rt-PA) intravenoso y la tenecteplasa, con criterios clínicos ajustados al tiempo de inicio del evento cerebral, y se añaden antiplaquetarios como ácido acetilsalicílico (aspirina) y clopidogrel, destinados a evitar recurrencias y complicaciones generales. Ante una posible reacción adversa a los fibrinolíticos o antiplaquetarios, especialmente reacciones alérgicas o angioedema, se administra adrenalina, antihistamínicos y corticosteroides, además de medidas de soporte según la gravedad (Patil et al., 2022).

Los objetivos terapéuticos se construyen a partir de la clasificación del evento vascular con evaluación imagenológica y control de parámetros hemodinámicos. La reperfusión guiada se

asocia a menor discapacidad y mejor adaptación social con variaciones dependiendo de los protocolos asistenciales. Se documentan diferencias sobre tasas de respuesta a estos esquemas en entornos clínicos diversos (Majumder, 2024).

En ACV hemorrágico se emplean antihipertensivos que buscan controlar presión arterial sistémica y limitar expansión del sangrado intracraneal, así también se valoran agentes reversores cuando el paciente recibió anticoagulación previa con propósito de disminuir el riesgo de deterioro neurológico progresivo (Maida et al., 2024). Se ha descrito que, el uso de estatinas como la atorvastatina y la rosuvastatina para estabilizar disfunción vascular y se vincula su uso con menor recurrencia a largo plazo aunque se exige vigilancia constante para evitar efectos no deseados. Las decisiones terapéuticas se basan en parámetros clínicos de gravedad y características imagenológicas del sangrado. La farmacoterapia se vincula con prevención de infecciones y complicaciones internas de origen inflamatorio pos evento (Chen et al., 2023).

2.2.7 Tratamiento no farmacológico en ACV

Las intervenciones no farmacológicas incluyen rehabilitación motora y cognitiva que se planifica con objetivos específicos y ejercicios progresivos aplicados por profesionales entrenados, estos procedimientos buscan la recuperación funcional el mantenimiento de la autonomía y la reinserción estructurada en entornos familiares (Wang et al., 2022). La telerehabilitación complementa los cuidados convencionales con monitoreo remoto demostrando mejoras perceptibles en desempeño motor.

La educación familiar permite identificar signos tempranos de deterioro y contribuye en la continuidad terapéutica. La implementación de seguimiento sistemático facilita transición adecuada hacia actividades cotidianas y desempeño laboral futuro. Es necesario que se tome el cuenta el cotexto de cada uno de los pacientes, además de procesos que, comparan tiempos de inicio y resultados funcionales alcanzados por diferentes grupos (Osei et al., 2023).

Modelos de abordaje psicológico se aplican para disminuir síntomas depresivos que interrumpen la funcionalidad después de un ACV y se organizan con técnicas estructuradas de afrontamiento con evaluación periódica del riesgo de afectación emocional que compromete recuperación (Butsing et al., 2024). La evidencia también destaca medidas educativas orientadas a cuidadores con beneficios en calidad de vida y reducción de percepciones de sobrecarga asociada a discapacidad.

Las estrategias no farmacológicas combinan ejercicios físicos apoyo nutricional y coordinación interdisciplinaria con planificación de retorno progresivo a actividades sociales. Diversas intervenciones integran movilización temprana educación preventiva y acompañamiento comunitario con enfoque sobre control de factores de riesgo. Estas acciones se relacionan con mejor desempeño funcional y cumplimiento del plan terapéutico global (Rethnam et al., 2023).

2.2.8 Intervenciones quirúrgicas en ACV

En algunos casos de ACV hemorrágico se realizan cirugías destinadas a evacuar colecciones sanguíneas intracraneales cuando su volumen compromete estructuras y genera riesgo de deterioro irreversible con vigilancia neurológica continua y evaluación del pronóstico funcional (Hilkens et al., 2024). Se estudia la descompresión quirúrgica como alternativa terapéutica para reducir presión intracraneal y preservar vitalidad tisular cerebral. La selección depende de la topografía del sangrado y estabilidad clínica. La vigilancia posoperatoria exige control hemodinámico y evaluación sistemática de nivel de conciencia (Carvajal et al., 2024).

En ACV isquémico se realizan procedimientos endovasculares como la trombectomía dirigida a retirar un trombo arterial con guía radiológica y evaluación de la circulación cerebral posterior a la extracción para estimar funcionalidad (McDermott et al., 2025). Esta estrategia se aplica según criterios temporales y condiciones clínicas que permiten establecer pronóstico quirúrgico adecuado con impacto en discapacidad futura. Estudios comparan resultados relacionados a la recuperación motora y capacidad de reintegración social donde se reportan tasas favorables en pacientes elegidos. La valoración preoperatoria incluye análisis de factores clínicos y características individuales para orientar la decisión final (Majumder, 2024).

2.2.9 Intervenciones de enfermería en las diferentes fases del proceso de atención

En la fase hiperaguda y aguda las intervenciones se enfocan en soporte vital básico y avanzado con atención a la vía aérea y la respiración, aspecto que requiere evaluación continua del estado hemodinámico. El control de la presión arterial y la glucemia permite evitar agravamiento del daño neurológico. También se maneja la temperatura para reducir estrés metabólico. La valoración neurológica repetida identifica cambios tempranos en la condición del paciente. La preparación rápida para estudios de neuroimagen facilita decisiones inmediatas. Este conjunto de acciones sostiene la estabilidad durante los primeros momentos del evento (Díaz & Del Valle, 2021).

Durante la hospitalización en unidades de ictus la coordinación de la movilización precoz es esencial, y se realiza junto con la evaluación de la deglución antes de iniciar la alimentación oral. Estas medidas evitan complicaciones derivadas de inmovilidad o aspiración. Se previenen úlceras por presión mediante cambios posturales programados. La administración segura de medicación incluye antiplaquetarios y anticoagulantes además de antihipertensivos y estatinas según indicación médica. La monitorización continua detecta variaciones que requieren ajustes del tratamiento. Este proceso organiza el cuidado integral del paciente (Díaz & Del Valle, 2021).

En la fase de rehabilitación temprana se orientan las intervenciones hacia la recuperación de funciones motoras y de autocuidado mediante ejercicios supervisados, acción que mejora la movilidad en diferentes grados. Se entrena al paciente en transferencias y en técnicas para manejar actividades básicas. La educación sobre el uso de ayudas técnicas se adapta a las necesidades individuales. La comunicación constante con el equipo interdisciplinario fortalece el plan terapéutico. Estudios recientes muestran beneficios en independencia funcional con participación activa de enfermería. El avance depende de la consistencia en las sesiones de rehabilitación (Díaz & Del Valle, 2021).

En la fase crónica y comunitaria la enfermería de atención primaria mantiene seguimiento de los factores de riesgo, y supervisa la adherencia a la medicación prescrita para evitar recurrencias. También se revisa la adaptación del entorno doméstico para facilitar desplazamientos. El apoyo al cuidador se incorpora mediante orientación y acompañamiento. El seguimiento domiciliario permite identificar cambios tempranos en el estado clínico. La continuidad del cuidado reduce la probabilidad de reingresos hospitalarios. Este acompañamiento ofrece estabilidad prolongada en el proceso de recuperación (Díaz & Del Valle, 2021).

2.2.10 Estrategias de enfermería para la prevención de recaídas y promoción del autocuidado

La prevención secundaria del ACV se fundamenta en el control estricto de la presión arterial y en el manejo adecuado de la fibrilación auricular, medida que reduce la probabilidad de nuevos eventos. También se atiende la corrección de dislipidemias y la modificación de estilos de vida con abandono del tabaco y adopción de dieta saludable. La actividad física supervisada complementa estas acciones en etapas posteriores. Las guías actuales señalan beneficios sostenidos cuando se combinan estos componentes. El impacto preventivo se observa en diferentes grupos de

edad. El objetivo central es disminuir recurrencias mediante vigilancia continua (Torres Ferrero, 2021).

El personal de enfermería participa en la educación del paciente y su familia sobre adherencia a la medicación y auto monitorización de la presión arterial, tarea que requiere instrucción simple y constante. Además se orienta el reconocimiento temprano de nuevos síntomas para procurar atención inmediata. La comunicación clara favorece la participación activa en el tratamiento. En casos de riesgo elevado se organizan indicaciones adicionales para agilizar la consulta. La identificación precoz limita el avance de complicaciones. Esta labor preventiva fortalece la seguridad del paciente durante el seguimiento (Torres Ferrero, 2021).

Programas estructurados de seguimiento post alta han demostrado mejorar el control de factores de riesgo y disminuir complicaciones, proceso que favorece la calidad de vida del sobreviviente. Estos programas incluyen revisiones periódicas con refuerzo educativo. La coordinación con equipos de rehabilitación permite evaluar el progreso funcional. También se programa derivación oportuna a salud mental y trabajo social cuando existen necesidades específicas. La participación constante de enfermería ofrece continuidad entre el alta y el entorno comunitario. Los resultados dependen de la constancia en las revisiones programadas (Boehme et al., 2021).

La promoción del autocuidado requiere valorar capacidades físicas y cognitivas del paciente y adaptar la información al nivel de comprensión, elemento que facilita la aplicación práctica de las recomendaciones. El uso de materiales escritos o audiovisuales mejora el proceso educativo. El trabajo con el cuidador principal integra apoyo emocional y guía operativa. Estas intervenciones buscan que el paciente desarrolle habilidades para gestionar su enfermedad. La reducción del miedo a recaídas forma parte del acompañamiento integral. La recuperación de roles familiares y sociales se potencia con seguimiento organizado (Boehme et al., 2021).

2.3 Marco conceptual

A

Adherencia terapéutica: grado en que el paciente sigue correctamente las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas prescritas para prevenir recurrencias del ACV (Torres Ferrero, 2021).

Afasia: alteración del lenguaje que afecta la comprensión o la expresión verbal debido a daño cerebral postictus (Patil et al., 2022).

Ataque isquémico transitorio: episodio breve de síntomas neurológicos sin lesión visible en neuroimagen y con alto riesgo de progresar a ACV establecido (GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators, 2024).

C

Código Ictus: protocolo institucional para activar de manera inmediata la atención especializada del ACV desde la fase prehospitalaria (Choi et al., 2022).

D

Depresión posictus: condición emocional frecuente posterior al ACV que afecta funcionalidad, motivación y participación en rehabilitación (Chen et al., 2023).

Dislipidemia: alteración de lípidos plasmáticos que aumenta el riesgo de ACV y requiere intervención preventiva (Hilkens et al., 2024).

E

Edema cerebral: acumulación de líquido en el tejido cerebral, frecuente tras isquemia o hemorragia, que aumenta el riesgo de deterioro neurológico (Majumder, 2024).

Escala FAST: herramienta de tamizaje rápido para identificar signos iniciales de ACV en el entorno prehospitalario (Patil et al., 2022).

Escala NIHSS: instrumento clínico que cuantifica la gravedad del déficit neurológico en la fase aguda del ACV (Patil et al., 2022).

H

Hemorragia intracerebral: sangrado dentro del parénquima cerebral que genera efecto de masa y deterioro rápido del estado de conciencia (Maida et al., 2024).

Hipertensión arterial: principal factor de riesgo modificable asociado a ACV isquémico y hemorrágico (Hilkens et al., 2024).

Ictus hemorrágico: evento cerebrovascular causado por ruptura de un vaso sanguíneo y extravasación de sangre en el cerebro (Maida et al., 2024).

I

Ictus isquémico: obstrucción del flujo sanguíneo cerebral por trombosis, embolia o enfermedad de pequeño vaso que produce infarto cerebral (Maida et al., 2024).

M

Movilización temprana: intervención durante las primeras 24–48 horas que favorece recuperación funcional y disminuye complicaciones sistémicas (McDermott et al., 2025).

Neuroimagen: pruebas diagnósticas como tomografía y resonancia magnética utilizadas para diferenciar isquemia y hemorragia (Choi et al., 2022).

P

Penumbra isquémica: zona cerebral con perfusión reducida pero potencialmente recuperable si se restaura el flujo a tiempo (Majumder, 2024).

Prevención secundaria: conjunto de medidas destinadas a evitar un nuevo ACV mediante control de factores de riesgo y modificación de conductas (Torres Ferrero, 2021).

R

Rehabilitación postictus: proceso terapéutico orientado a recuperar funciones motoras, cognitivas y de autocuidado después del ACV (Boehme et al., 2021).

T

Telerehabilitación: intervenciones de rehabilitación a distancia mediante tecnologías digitales que permiten seguimiento continuo (Awere-Duodu et al., 2024).

Tiempo puerta–aguja: intervalo entre la llegada del paciente al hospital y la administración de trombólisis en ACV isquémico (Díaz & Del Valle, 2021).

Capítulo III: Metodología de investigación

La presente investigación se desarrolla como una revisión sistemática de literatura orientada a recopilar evidencia científica acerca de los cuidados de enfermería aplicados a personas que cursan con accidente cerebrovascular en distintos niveles asistenciales. Para estructurar el proceso se adoptó la declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), un enfoque metodológico que permite ordenar la construcción de la revisión desde la definición de la pregunta, la búsqueda en bases indexadas y los criterios de selección de estudios, hasta la etapa final donde se extraen los datos relevantes y se realiza el análisis comparativo de la información (Page et al., 2021).

La elección del marco PRISMA aporta un proceso metodológico estandarizado y de fácil análisis, porque posibilita que otros investigadores puedan reproducir las búsquedas y constatar si los resultados permanecen coherentes o cambian al introducir variaciones controladas. Además, su estructura permite documentar cada fase, incluyendo posibles discrepancias o ajustes, lo cual favorece la evaluación crítica de la consistencia del estudio y fortalece la transparencia de los procedimientos utilizados en la elaboración del informe final (Morales, 2022).

3.1 Fuentes y estrategias de búsqueda

La búsqueda documental se desarrolló principalmente en PubMed y Redalyc, con el propósito de identificar estudios recientes sobre cuidados de enfermería en pacientes con accidente cerebrovascular, para organizar la recuperación de información se emplearon descriptores normalizados provenientes de *Medical Subject Headings* (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). La combinación de estos términos se estructuró mediante operadores booleanos, AND y OR, con el fin de vincular conceptos relacionados con atención clínica control de complicaciones y procesos asistenciales.

Este esquema permitió filtrar publicaciones pertinentes y reconocer investigaciones enfocadas en intervenciones enfermeras. La estrategia fue aplicada de forma sistemática con ajustes según los resultados recuperados. Google Scholar se utilizó como herramienta adicional destinada a ampliar el rastreo de documentos cuando los resultados iniciales en las bases principales eran limitados, además se verificó concordancia de los términos de búsqueda y su

relación con el tema central. La revisión final conservó únicamente trabajos científicos compatibles con los criterios metodológicos definidos.

Tabla 1

Estrategias de búsqueda y filtros aplicados

Base de datos	Combinaciones de búsqueda	Filtros aplicados
PubMed	1) ("Stroke" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Ischemic Stroke" OR "Hemorrhagic Stroke") AND ("Nursing Care" OR "Nursing Interventions" OR "Nursing Management") AND ("Hospital Care" OR "Acute Care") 2) ("Post-Stroke Complications" OR "Stroke Rehabilitation") AND ("Nurse-Led Care" OR "Evidence-Based Nursing") AND ("Patient Outcomes" OR "Functional Recovery")	Años: 2020–2025 Idioma: inglés Tipo de estudios: originales, revisiones sistemáticas o de alcance Texto completo disponible
Redalyc	1) ("Accidente cerebrovascular" OR "ictus") AND ("cuidado de enfermería" OR "intervenciones de enfermería" OR "atención de enfermería") AND ("fase aguda" OR "hospitalización") 2) ("rehabilitación post accidente cerebrovascular" OR "recuperación funcional") AND ("rol de enfermería" OR "seguimiento comunitario") AND ("resultados clínicos" OR "alta hospitalaria")	Años: 2020–2025 Idiomas: español, inglés Tipo de documentos: artículos científicos publicados en revistas arbitradas Acceso a texto completo

Nota. Elaboración propia (2026).

3.2 Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión

- Artículos científicos publicados en el periodo comprendido entre 2020 y 2025.
- Estudios originales relacionados con cuidados de enfermería en pacientes con ACV.
- Publicaciones encontradas en revistas indexadas
- Estudios sometidos a revisión por pares.
- Documentos redactados en idioma inglés o español.
- Investigaciones desarrolladas con población adulta diagnosticada con ACV, atendida en ámbitos hospitalarios, comunitarios o de rehabilitación.

Criterios de exclusión

- Revisiones narrativas u otros tipos de síntesis que no respondan a criterios sistemáticos o de alcance.
- Informes técnicos, documentos institucionales o materiales divulgativos provenientes de entidades gubernamentales, sanitarias u organismos multilaterales.
- Literatura gris en cualquiera de sus formatos.
- Artículos sin acceso al texto completo o de paga.
- Estudios con errores metodológicos que limiten la interpretación, evaluación o confiabilidad de los hallazgos reportados.

3.3 Extracción y codificación de datos

El análisis se desarrolló siguiendo las pautas de PRISMA para organizar la búsqueda de estudios sobre cuidados de enfermería en pacientes con accidente cerebrovascular y ordenar la identificación y evaluación de los artículos obtenidos. Los registros iniciales se gestionaron en Rayyan donde se integraron los resultados y se eliminaron duplicados mediante su filtro automático. Esta etapa permitió depurar documentos y conservar únicamente aquellos vinculados con intervenciones enfermeras y características clínicas relevantes del ACV. Posteriormente se verificaron títulos y resúmenes para seleccionar investigaciones con diseños acordes a los criterios metodológicos definidos.

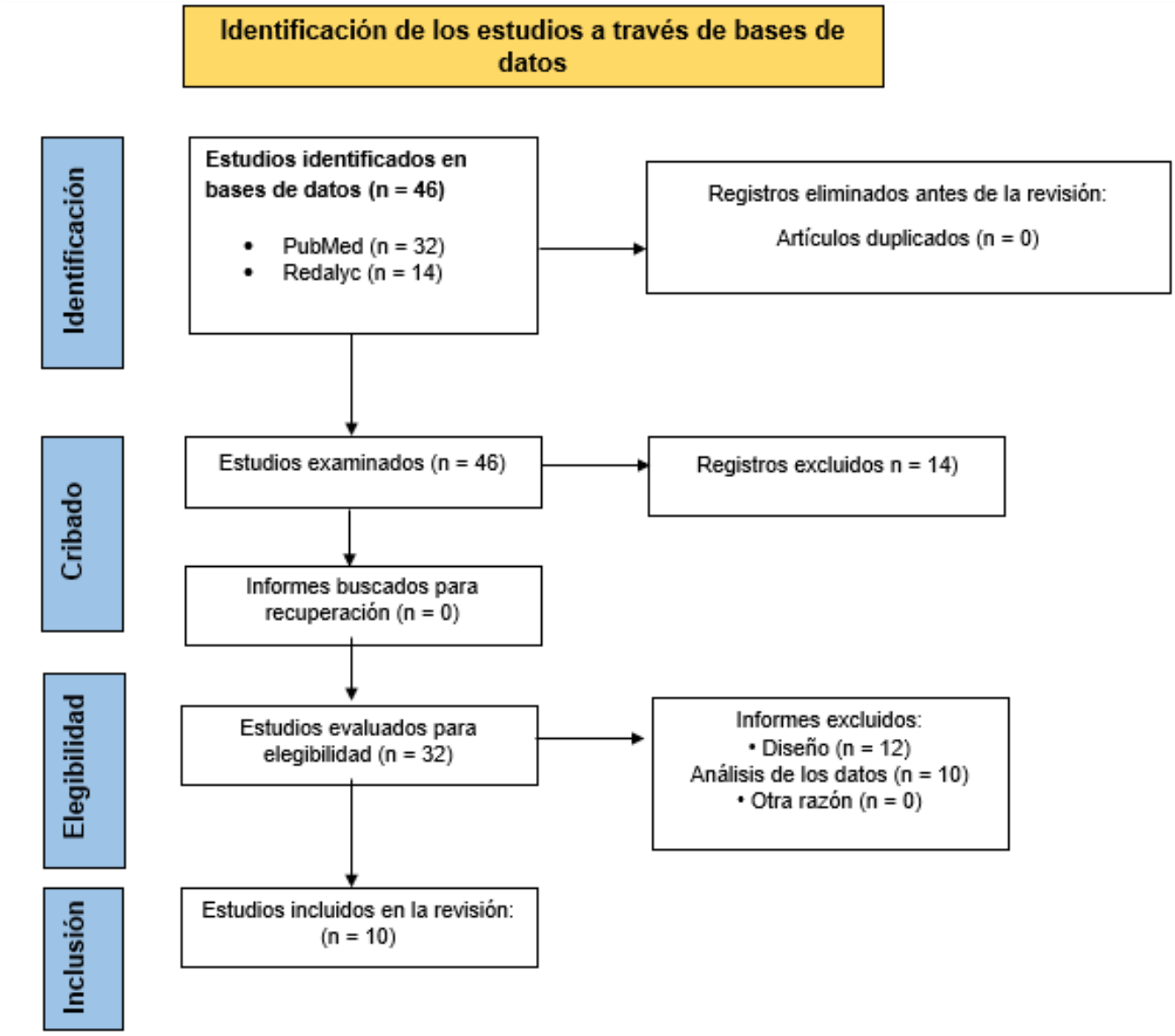
Las referencias consideradas pertinentes se trasladaron a Mendeley, y allí se revisaron resúmenes con el propósito de distribuir los artículos según su orientación temática y relación con los cuidados de enfermería. Este proceso facilitó reconocer patrones comunes en los estudios especialmente aquellos relacionados con la fase aguda y la rehabilitación post evento vascular. Una vez completada la verificación se consolidaron los textos incluidos respetando el enfoque y los criterios definidos.

La información extraída de cada artículo se registró en una plantilla diseñada en Excel que incorporó variables como autor año tipo de estudio población y resultados que describían prácticas enfermeras vinculadas al ACV. Se añadió además, una columna destinada a registrar el nivel de evidencia con el fin de homogeneizar la comparación entre los estudios analizados. Cada fila

reunió los datos esenciales para interpretar enfoques clínicos modalidades de intervención y efectos sobre recuperación funcional.

Figura 1

Flujograma del proceso de selección de estudios incluidos



Nota. Elaboración propia (2026).

Tabla 2

Matriz de revisión de investigaciones incluidas

Autor/año	Título	Objetivo	Metodología	Resultado	Conclusiones
Xu et al., 2021	Clinical significance of stroke nurse in patients with acute ischemic stroke receiving intravenous thrombolysis	Evaluar el impacto de la enfermera especializada en ictus durante la trombólisis intravenosa	Estudio clínico observacional	Reducción significativa del tiempo puerta-aguja y mejores desenlaces funcionales	La enfermera especializada mejora la eficiencia y resultados en fase aguda
Li et al., 2024	Stroke nurse-led IV thrombolytic therapy strategy based on timeline process	Analizar un programa de mejora de calidad liderado por enfermería	Programa de mejora de calidad	Disminución del tiempo de tratamiento sin aumento de complicaciones	La estandarización liderada por enfermería optimiza el manejo agudo
Babkair et al., 2023	Nursing care for stroke patients: Current practice and future needs	Examinar la práctica actual del cuidado de enfermería en ACV	Estudio descriptivo	Variabilidad en la práctica y limitaciones estructurales	Se requieren protocolos y formación especializada
Díaz & Del Valle, 2021	Eficacia de los cuidados de enfermería en la rehabilitación de pacientes con enfermedad cerebrovascular	Evaluar la efectividad del cuidado enfermero en rehabilitación	Estudio cuasiexperimental	Mejora en movilidad, autocuidado y función cognitiva	El cuidado sistemático favorece la recuperación funcional
Sánchez Valdivia et al., 2024	Plan de cuidados de enfermería en paciente con ACV isquémico	Aplicar el proceso de atención de enfermería en un caso clínico	Caso clínico	Evolución favorable y prevención de complicaciones	El modelo de Virginia Henderson permite cuidado integral

Peng et al., 2024	Information–Motivation–Behavioral guided nursing for stroke patients	Evaluar intervención guiada por modelo IMB	Ensayo clínico aleatorizado	Mejoría respiratoria y calidad de vida	El enfoque educativo-conductual mejora resultados clínicos
Butsing et al., 2024	Association between post-stroke depression and functional outcomes	Analizar relación entre depresión postictus y funcionalidad	Revisión sistemática	Depresión asociada a peor recuperación funcional	La evaluación emocional debe integrarse al cuidado
Camicia et al., 2021	Nursing's Role in Successful Stroke Care Transitions	Describir el rol enfermero en transiciones del cuidado	Revisión científica	Mejor adherencia y reducción de complicaciones	La continuidad del cuidado mejora resultados post alta
Zimmerman et al., 2021	Transitions of Care Coordination Intervention	Identificar barreras en transición hospitalaria	Estudio de intervención	Mejor coordinación y planificación del alta	La gestión enfermera facilita transición segura
Wang et al., 2022	Nurse-Led Motor Function Rehabilitation Program	Evaluar programa de rehabilitación motora dirigido por enfermería	Ensayo piloto aleatorizado	Mejoría significativa en función motora	La movilización temprana dirigida por enfermería es efectiva

Nota. Elaboración propia (2026).

Capítulo IV: Análisis e interpretación de los resultados

Este capítulo analiza la evidencia científica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con ACV, considerando tanto el contexto agudo como la fase de rehabilitación y el seguimiento posterior. El ACV constituye una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial, por lo que la intervención enfermera adquiere un rol clave en la mejora de los desenlaces clínicos, funcionales y de calidad de vida. Los estudios seleccionados permiten examinar cómo distintos enfoques de enfermería, desde modelos teóricos clásicos hasta programas liderados por enfermeras especializadas y estrategias basadas en evidencia, impactan en los resultados del paciente con ictus.

Se incluyeron 10 artículos científicos publicados entre 2021 y 2024, cumpliendo criterios de actualidad y relevancia temática. En cuanto a la distribución temporal, tres estudios corresponden al año 2021, dos al año 2023 y cinco al año 2024, lo que evidencia un incremento progresivo del interés investigativo en los últimos años. Respecto a la procedencia geográfica, los estudios se desarrollaron principalmente en China (5 estudios), seguidos por España (1), Ecuador/Cuba (2) y Arabia Saudita (2), mostrando una cobertura internacional amplia. Las bases de datos más frecuentes fueron PubMed, SciELO y Science Direct, lo que respalda la calidad metodológica y la indexación de la literatura analizada.

En relación con el primer objetivo, orientado a identificar las intervenciones de enfermería más utilizadas en la prevención y manejo inicial del accidente cerebrovascular, los estudios coinciden en resaltar el papel central de la enfermera especializada en ictus durante la fase aguda. Investigaciones desarrolladas en China demuestran que la implementación de protocolos liderados por enfermería, especialmente en el contexto del código ictus y la trombólisis intravenosa, se asocia con reducciones significativas del tiempo puerta-aguja y con mejores resultados clínicos tempranos (Li et al., 2024; Xu et al., 2021).

Estas intervenciones incluyen la coordinación del equipo multidisciplinario, la estandarización de procesos asistenciales y la vigilancia continua del paciente. De forma complementaria, Babkair et al. (2023) evidencian que, en entornos donde estas intervenciones no están plenamente implementadas, existe una mayor variabilidad en la práctica clínica y un acceso limitado a unidades especializadas, lo que refuerza la importancia de estructurar la atención inicial desde enfermería.

Respecto al segundo objetivo, centrado en describir los resultados obtenidos por las estrategias de cuidado de enfermería durante la rehabilitación física y funcional de pacientes con secuelas neurológicas, los estudios cuasiexperimentales y clínicos reportan resultados consistentes. En el contexto latinoamericano, Díaz y Del Valle (2021) demostraron que los cuidados de enfermería aplicados durante la rehabilitación post-ACV mejoran significativamente la independencia funcional, la movilidad, el autocuidado y la función cognitiva.

Estos resultados coinciden con los resultados observados en el estudio clínico español de Sánchez Valdivia et al. (2024), donde la aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson permitió una evolución clínica favorable y la prevención de complicaciones. Asimismo, Peng et al. (2024) aportan evidencia experimental al demostrar que intervenciones de enfermería guiadas por el modelo Información-Motivación-Conducta mejoran parámetros respiratorios, reducen complicaciones pulmonares y aumentan la calidad de vida, ampliando el alcance de la rehabilitación más allá del componente motor.

En cuanto al tercer objetivo, orientado a analizar los componentes de la atención integral de enfermería y su relación con la evolución clínica, la literatura muestra una convergencia clara hacia un enfoque holístico. Los estudios revisados integran componentes físicos, funcionales, educativos y organizativos del cuidado. Sánchez Valdivia et al. (2024) destacan la valoración sistemática de necesidades básicas, el uso de diagnósticos NANDA y la planificación con NOC y NIC como elementos clave de la atención integral.

De manera similar, Peng et al. (2024) incorporan dimensiones psicoeducativas y motivacionales, mientras que Li et al. (2024) y Xu et al. (2021) enfatizan la organización del proceso asistencial y la continuidad del cuidado como factores determinantes de la evolución clínica favorable. En contraste, Babkair et al. (2023) identifican que la ausencia de estos componentes integrales se asocia con prácticas fragmentadas y resultados subóptimos.

4.1 Discusión

La presente revisión sistemática analiza la efectividad de los cuidados de enfermería en pacientes adultos con accidente cerebrovascular, con el objetivo de identificar las intervenciones más efectivas para favorecer la recuperación funcional y mejorar la calidad de vida en las distintas etapas del proceso de atención. En este sentido, la discusión se centra en interpretar los hallazgos

de los estudios incluidos, contrastándolos con el marco teórico y la literatura científica reciente, para determinar en qué medida la evidencia responde a la pregunta de investigación planteada.

Los estudios revisados coinciden en señalar que la intervención enfermera especializada durante la fase aguda del accidente cerebrovascular es un factor determinante en la evolución clínica del paciente. Xu et al. (2021) demuestran que la presencia continua de una enfermera especializada en ictus durante la trombólisis intravenosa reduce de manera significativa el tiempo puerta–aguja y se asocia con mejores desenlaces funcionales a los tres meses. Este hallazgo es coherente con lo expuesto en el marco teórico, donde se describe al ACV como una condición dependiente del tiempo, en la que la rapidez y organización del cuidado influyen directamente en el pronóstico neurológico (GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators, 2024; Green et al., 2021).

De forma similar, Li et al. (2024) evidencian que los programas de mejora de calidad liderados por enfermería, basados en la estandarización de procesos del código ictus, permiten acelerar el inicio del tratamiento trombolítico sin incrementar complicaciones. Esta evidencia refuerza lo planteado por Madu y Ajibade (2025), quienes sostienen que la enfermería no solo cumple funciones operativas, sino que participa activamente en la organización del proceso asistencial y en la toma de decisiones clínicas tempranas. La concordancia entre estos estudios y el marco teórico confirma que la gestión del cuidado constituye una intervención terapéutica en sí misma.

En contraste, Babkair et al. (2023) identifican que en contextos donde no existen protocolos estandarizados ni personal de enfermería especializado, se observa una mayor variabilidad en la práctica clínica y resultados menos favorables. Esta diferencia evidencia una brecha entre la evidencia científica y la práctica asistencial, aspecto que ya había sido señalado en el marco referencial como una de las principales problemáticas en la atención del ACV, especialmente en sistemas de salud con recursos limitados.

Durante la fase de rehabilitación, los estudios incluidos muestran resultados consistentes respecto al impacto positivo de los cuidados de enfermería en la recuperación funcional. Díaz y Del Valle (2021) reportan que las intervenciones enfermeras aplicadas durante la rehabilitación postictus mejoran la movilidad, el autocuidado y la función cognitiva, lo cual se alinea con los fundamentos teóricos que describen la rehabilitación como un proceso progresivo que requiere acompañamiento continuo. Estos hallazgos coinciden con Wang et al. (2022), quienes demuestran

que los programas de rehabilitación motora dirigidos por enfermería generan mejoras significativas en la función motora temprana.

Asimismo, Sánchez Valdivia et al. (2024) muestran que la aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson permite identificar necesidades alteradas y estructurar planes de cuidado individualizados, favoreciendo una evolución clínica más estable. Este enfoque concuerda con el marco conceptual de la revisión, donde se destaca la importancia de un cuidado centrado en la persona y orientado a la recuperación integral, más allá del déficit neurológico inicial.

Desde una perspectiva holística, Peng et al. (2024) aportan evidencia sobre la efectividad de un modelo de enfermería guiado por el enfoque Información–Motivación–Conducta en pacientes con disfunción pulmonar post ACV, evidenciando mejoras en la función respiratoria y en la calidad de vida. Estos resultados amplían el marco teórico tradicional, al demostrar que las intervenciones educativas y conductuales de enfermería influyen de manera directa en la evolución clínica, reforzando la necesidad de integrar dimensiones físicas, educativas y emocionales en el cuidado.

En relación con el componente emocional, Butsing et al. (2024) confirman que la depresión posictus se asocia con menor independencia funcional y peor calidad de vida, lo cual coincide plenamente con lo descrito en las bases teóricas sobre las secuelas emocionales del ACV. La revisión muestra que los estudios que incorporan evaluación emocional y apoyo psicosocial desde enfermería presentan mejores resultados globales, lo que respalda la idea de que el cuidado emocional no debe considerarse un complemento, sino una parte esencial de la rehabilitación.

La revisión también evidencia que la continuidad del cuidado tras el alta hospitalaria constituye un elemento clave en la recuperación del paciente con ACV. Camicia et al. (2021) y Zimmerman et al. (2021) destacan que los modelos de transición liderados por enfermería fortalecen la participación familiar, mejoran la adherencia al tratamiento y reducen complicaciones tempranas. Estos hallazgos son consistentes con el marco teórico, que resalta el papel de la enfermería en la planificación del alta y el seguimiento comunitario como estrategias para disminuir reingresos y deterioro funcional.

En conjunto, los resultados analizados responden de manera directa a la pregunta de investigación, evidenciando que las intervenciones de enfermería más efectivas en pacientes con accidente cerebrovascular incluyen la vigilancia neurológica continua, la coordinación del código ictus, la movilización temprana, la rehabilitación dirigida, la educación al paciente y cuidador, el apoyo emocional y la continuidad del cuidado tras el alta. Estas intervenciones muestran coherencia con los modelos teóricos de enfermería y con la evidencia científica reciente, consolidando el rol de la enfermería como un pilar fundamental en la atención integral del ACV.

Entre las fortalezas de esta revisión se encuentra el uso de un enfoque sistemático basado en PRISMA 2020, la inclusión de estudios recientes y de diferentes contextos geográficos, y la comparación estructurada de los hallazgos con el marco teórico. No obstante, se identifican limitaciones relacionadas con la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos y la escasez de investigaciones locales, lo que limita la generalización de algunos resultados al contexto ecuatoriano.

A pesar de estas limitaciones, la revisión aporta un valor significativo al área de enfermería al integrar evidencia actualizada sobre intervenciones efectivas en las distintas fases del accidente cerebrovascular. Este análisis contribuye al fortalecimiento del conocimiento profesional y ofrece una base científica para mejorar la práctica clínica, el diseño de protocolos y la formación del personal de enfermería, promoviendo cuidados más seguros, continuos y centrados en la persona.

.

4.2 Cronograma de actividades

Tabla 1. *Diagrama de Gantt*

Objetivos	Actividades	Recursos necesarios	Responsable	Octubre 2025				Noviembre 2025				Diciembre 2025				Enero 2026				Febrero 2026			
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificar las intervenciones de enfermería más utilizadas en la prevención y el manejo inicial del accidente cerebrovascular según los estudios actuales.	Planteamiento del problema Búsqueda de información Aprobación del tema	Bases de datos científicas	Karen Lisseth Guillermo Vaca Gisella Elizabeth Jara Arévalo																				
	Revisar artículos recientes para identificar intervenciones de enfermería en la fase inicial del ACV.	Bases de datos científicas, software de gestión bibliográfica.	Karen Lisseth Guillermo Vaca Gisella Elizabeth Jara Arévalo																				
	Comparar las intervenciones encontradas y organizarlas en una matriz de análisis.	Plantilla de matriz analítica, guías clínicas actualizadas de ACV.	Karen Lisseth Guillermo Vaca Gisella Elizabeth Jara Arévalo																				
Describir los resultados obtenidos por	Analizar estudios que evalúan programas de	Tabla de extracción de datos para	Karen Lisseth Guillermo Vaca																				

las estrategias de cuidado de enfermería aplicadas durante la rehabilitación física y funcional de los pacientes con secuelas neurológicas.	rehabilitación dirigidos por enfermería y extraer los resultados funcionales reportados.	registrar mejoras motoras, independencia y tiempos de recuperación.	Gisella Elizabeth Jara Arévalo																			
Analizar los componentes de la atención integral de enfermería descritos en la literatura y su relación con la evolución clínica de los pacientes con accidente cerebrovascular.	Revisar literatura que incluya vigilancia neurológica, apoyo emocional, educación y coordinación interdisciplinaria, evaluando su impacto clínico.	Matriz comparativa que relacione cada componente del cuidado con los cambios clínicos descritos en los estudios.	Karen Lisseth Guillermo Vaca Gisella Elizabeth Jara Arévalo																			
Proponer recomendaciones orientadas a optimizar las intervenciones de enfermería en pacientes con accidente cerebrovascular,	Formular recomendaciones basadas en los resultados más consistentes identificados en los artículos revisados.	Síntesis de evidencia resumido para apoyar la formulación de propuestas aplicables al	Karen Lisseth Guillermo Vaca Gisella Elizabeth Jara Arévalo																			

fundamentadas en la evidencia científica.		contexto clínico.																				

Nota. Elaboración propia (2026).

Conclusiones

La revisión sistemática permitió identificar las intervenciones de enfermería aplicadas durante la prevención y el manejo inicial del accidente cerebrovascular en población adulta, donde se reconocen acciones centradas en la vigilancia neurológica continua, el control de parámetros hemodinámicos, la activación organizada del código ictus y la preparación adecuada del paciente para estudios diagnósticos y tratamiento oportuno. Estas prácticas se aplican desde el primer contacto asistencial, permiten una respuesta ordenada del equipo de salud y favorecen una atención temprana que condiciona la evolución clínica posterior del paciente.

El análisis de las estrategias de cuidado implementadas durante la rehabilitación física y funcional evidenció una contribución directa a la mejora de la movilidad, el autocuidado y la independencia funcional en pacientes con secuelas neurológicas. La movilización temprana, la rehabilitación dirigida y la educación brindada al paciente y al cuidador se integran como acciones que reducen complicaciones asociadas a la inmovilidad, fortalecen la adaptación progresiva a las actividades diarias y acompañan el proceso de recuperación desde una perspectiva práctica y continua.

La evaluación de los componentes de la atención integral de enfermería mostró que el cuidado que incorpora aspectos físicos, educativos y emocionales se relaciona con una evolución clínica más favorable durante las distintas fases del proceso asistencial. La planificación individualizada, el acompañamiento constante y la coordinación con otros profesionales permiten un abordaje centrado en la persona, favorecen la adherencia al tratamiento y fortalecen la continuidad del cuidado desde la hospitalización hasta el entorno comunitario.

La evidencia analizada confirma que los cuidados de enfermería forman parte esencial del abordaje integral del accidente cerebrovascular en sus diferentes etapas de atención. La aplicación sistemática de intervenciones basadas en evidencia contribuye a optimizar la recuperación funcional, disminuir la aparición de complicaciones y consolidar el rol profesional de enfermería dentro del equipo de salud, fortaleciendo una atención orientada a la calidad, la seguridad y el bienestar del paciente.

Recomendaciones

Se sugiere a las instituciones de salud aplicar de manera uniforme protocolos de enfermería para la atención del accidente cerebrovascular en la fase aguda, con énfasis en la vigilancia neurológica, el control hemodinámico y la coordinación del código ictus. La organización de estas acciones permite una atención oportuna y reduce variaciones en el cuidado brindado al paciente.

Es necesario fortalecer la capacitación del personal de enfermería en movilización temprana, rehabilitación básica y educación al paciente y cuidador durante la hospitalización. Estas intervenciones favorecen la recuperación funcional, disminuyen complicaciones asociadas a la inmovilidad y mejoran la continuidad del cuidado en el proceso de rehabilitación.

Se recomienda promover investigaciones futuras centradas en intervenciones de enfermería aplicadas en el contexto hospitalario y comunitario, con seguimiento posterior al alta. Estos estudios permitirán adaptar las estrategias de cuidado a la realidad local y mejorar la atención integral de las personas con accidente cerebrovascular.

Referencias

Awere-Duodu, A., Darkwah, S., Osman, A.-H., & Donkor, E. S. (2024). *A systematic review and meta-analysis show a decreasing prevalence of post-stroke infections*. BMC Neurology, 24, 479. https://doi.org/10.1186/s12883-024-03968-7

Babkair, L. A., Safhi, R. A., & Alsaleh, A. M. (2023). Nursing care for stroke patients: Current practice and future needs. Journal of Nursing Management, 31(6), 1512–1520. https://doi.org/10.1111/jonm.13858

Boehme, C., Toell, T., Lang, W., Knoflach, M., & Kiechl, S. (2021). *Longer term patient management following stroke: A systematic review*. International Journal of Stroke, 16(8), 917–926. https://doi.org/10.1177/17474930211016963

Butsing, N., Zauszniewski, J. A., Ruksakulpiwat, S., Quinn Griffin, M. T., & Niyomyart, A. (2024). Association between post-stroke depression and functional outcomes: A systematic review. PLOS ONE, 19(8), e0309158. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0309158

Camicia, M., Lutz, B., Summers, D., Klassman, L., & Vaughn, S. (2021). Nursing's Role in Successful Stroke Care Transitions Across the Continuum: From Acute Care Into the Community. Stroke, 52(12), E794-E805. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.033938

Carvajal, H., Rivera, P., & León, P. (2024). Análisis de la evolución de la mortalidad por accidente cerebrovascular en Ecuador en el periodo 2010 a 2020. *ATENEO*, *26*(2), 55–65. https://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/419

Chen, W., Huang, Y., Chong, C.-M., & Zheng, H. (2023). *Editorial: Post-stroke complications: Mechanisms, diagnosis, and therapies*. Frontiers in Neurology, 14, 1292562. https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1292562

Choi, E. Y., Nieves, G. A., & Jones, D. E. (2022). *Acute stroke diagnosis*. American Family Physician, 105(6), 616–624.

Díaz Amador, Y., & Del Valle Herrera Pineda, I. (2021). *Eficacia de los cuidados de enfermería en la rehabilitación de pacientes con enfermedad cerebrovascular*. Revista Enfermería, 37(1) https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3566

GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. (2024). *Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021*. The Lancet Neurology, 23(10), 973–1003. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00369-7

Green, T. L., McNair, N. D., Hinkle, J. L., Middleton, S., Miller, E. T., Perrin, S., Power, M., Southerland, A. M., & Summers, D. V. (2021). Care of the Patient With Acute Ischemic Stroke (Posthyperacute and Prehospital Discharge): Update to 2009 Comprehensive Nursing Care Scientific Statement: A Scientific Statement From the American Heart Association. Stroke, 52(5), E179-E197. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000357/ASSET/6AC4611D-930E-4B93-8A0A-2733D79DDE96/ASSETS/IMAGES/LARGE/STR.0000000000000357.FIG01.JPG

Hilkens, N. A., Casolla, B., Leung, T. W., & de Leeuw, F.-E. (2024). *Stroke*. The Lancet, 403(10446), 2820–2836. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00806-6

Kumar, A., Kumar, M., Verma, P., Pal, R., Nagi, M., Mahesh, K. V., Munjal, D. K., Kaur, S., Aggarwal, A., Padhi, B. K., & Khurana, D. (2025). Effects of stroke nurse-led acute stroke management on treatment time benchmarks, intravenous thrombolysis rates, and patient outcomes: A systematic review and meta-analysis. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 34(2), 108216. https://doi.org/10.1016/J.JSTROKECEREBROVASDIS.2024.108216

Li, B., Zhang, Z., Li, K., Zhao, L., & Niu, R. (2024). Stroke nurse-led IV thrombolytic therapy strategy based on timeline process: A quality improvement program from China. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 33(4), 107300. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2024.107300

Madu, C. S., & Ajibade, V. M. (2025). *Acute stroke management and nursing intervention*. Cureus, 17(6), e86820. https://doi.org/10.7759/cureus.86820

Maida, C. D., Norrito, R. L., Rizzica, S., Mazzola, M., Scarantino, E. R., & Tuttolomondo, A. (2024). *Molecular pathogenesis of ischemic and hemorrhagic strokes: Background and therapeutic approaches*. International Journal of Molecular Sciences, 25(12), 6297. https://doi.org/10.3390/ijms25126297

Majumder, D. (2024). *Ischemic stroke: Pathophysiology and evolving treatment approaches*. Neuroscience Insights, 19, 26331055241292600. https://doi.org/10.1177/26331055241292600

McDermott, C. M., Seminer, A., Comer, S., Mulihano, A., Reddin, C., Judge, C., Costello, M., Canavan, M., Smyth, A., Hurley, P., Krewer, F., & O'Donnell, M. J. (2025). *Discrimination of ischemic versus hemorrhagic stroke type by presenting symptoms or signs: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 34(10), 108413. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2025.108413

Nazari, A. M., Abbaszadeh, A., Kazemi, R., Yousofvand, V., & Zandi, M. (2024). The effect of online training based on stroke educational program on patient's quality of life and caregiver's care burden: a randomized controlled trial. BMC Nursing, 23(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/S12912-024-02629-X/TABLES/6

Osei, S. K. J., Bempah, E. A., Yeboah, A. A., Owiredu, L. A., & Ohene, L. A. (2023). Nurse-led telerehabilitation intervention to improve stroke efficacy: Protocol for a pilot randomized feasibility trial. PLOS ONE, 18(6), e0280973. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0280973

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Patil, S., Rossi, R., Jabrah, D., & Doyle, K. (2022). *Detection, diagnosis and treatment of acute ischemic stroke: Current and future perspectives*. Frontiers in Medical Technology, 4, 748949. https://doi.org/10.3389/fmedt.2022.748949

Peng, X., Ni, H. Q., Liu, Y. M., Zhu, J. L., & Bai, Y. T. (2024). Information–Motivation–Behavioral guided nursing for stroke patients with pulmonary dysfunction: A randomized controlled trial. Clinical Nursing Research, 33(6), 495–504. https://doi.org/10.1177/10547738241234567

Rethnam, V., Hayward, K. S., Johns, H., Carvalho, L. B., Churilov, L., & Bernhardt, J. (2023). Clinical and systems of care factors contributing to individual patient decision-making for early mobilization post-stroke. Frontiers in Stroke, 2, 1293942. https://doi.org/10.3389/FSTRO.2023.1293942/BIBTEX

Sánchez Maldonado, M. D., Ulloa López, J. L., Verdejo Bravo, C., & Arráez Aybar, L. A. (2021). Estudio Transversal Hispano-Ecuatoriano: Discapacidades derivadas de Ictus cerebral. *Rev. Méd. Hosp. José Carrasco Arteaga*, *13*(1), 40–45. https://doi.org/10.14410/2021.13.1.AO.06

Sánchez Valdivia, M., Sancho Valentín, I., Tarancón Gabás, P., Tardío Cazorla, E., Martínez Pérez, A., & Molina Fajó, I. (2024). Plan de cuidados de enfermería en paciente con ACV isquémico. Caso clínico. Revista Sanitaria de Investigación, 5(6), 3540. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9660222

Torres Ferrero, A. (2021). *Importancia de la educación para la salud en la detección precoz del ictus*. NPunto, 4(36). https://www.npunto.es/revista/36/importancia-de-la-educacion-para-la-salud-en-la-deteccion-precoz-del-ictus

Viswambharan, J., Thahira, S. M., Joseph, S., Maart, S., Morris, L. D., & Ferguson, G. D. (2025). Exploring the Implementation of Early Mobilization of Stroke Patients in Qatar. Cureus, 17(9), e92798. https://doi.org/10.7759/CUREUS.92798

Wang, J., Zhang, Y., Chen, Y., Li, M., & Jin, J. (2022). Nurse-Led Motor Function Rehabilitation Program for Acute Ischemic Stroke: A Randomized Pilot Study. Journal of Nursing Research, 30(6), E249. https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000529

Xu, Z. H., Deng, Q. W., Zhai, Q., Chen, Y. J., Li, S. Y., & Liu, Y. (2021). Clinical significance of stroke nurse in patients with acute ischemic stroke receiving intravenous thrombolysis. Journal of Clinical Nursing, 30(17–18), 2660–2668. https://doi.org/10.1111/jocn.15796

Xue, X., Zhang, L., Zhen, J., & Zeng, X. (2024). Effects of evidence-based nursing in patients with stroke: A systematic review and meta-analysis. Nurse Education in Practice, 76, 103921. https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2024.103921

Zimmerman, W. D., Grenier, R. E., Palka, S. V., Monacci, K. J., Lantzy, A. K., Leutbecker, J. A., Geng, X., & Denny, M. C. (2021). Transitions of Care Coordination Intervention Identifies Barriers to Discharge in Hospitalized Stroke Patients. Frontiers in Neurology, 12, 573294. https://doi.org/10.3389/FNEUR.2021.573294/BIBTEX