

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

**Rehabilitación de Adultos con Enfermedad Vascolar
Cerebral**

Evidencias y Recomendaciones

Guía de Práctica Clínica

Catálogo Maestro: DIF-331-09



**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurar que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asume la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Rehabilitación de adultos con enfermedad vascular cerebral, México: Secretaría de Salud; 2009.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

Rehabilitación de adultos con enfermedad vascular cerebral

Autores:

Dra. Emelia Arriaga Armenta	Médico Psiquiatra	Sistema Nacional DIF	Adscrita al CNMAIC para Personas Ciegas y Débiles Visuales
Lic. María del Carmen Arvizu Barrero	Lic. en Optometría	Sistema Nacional DIF	Adscrita al CNMAIC para Personas Ciegas y Débiles Visuales
Dra. Irma Victoria Barbosa Méndez	Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación	Sistema Nacional DIF	Adscrita al CNMAIC para Personas Ciegas y Débiles Visuales
Lic. Rosa Elba Hidalgo Basave	Trabajadora social	Sistema Nacional DIF	Adscrita al CNMAIC para Personas Ciegas y Débiles Visuales
Dr. Amín Cervantes Arriaga	Médico Internista	Secretaría de Salud	Instituto Nacional de Neurología
Dra. Mayela Rodríguez Violante	Médico Neurólogo	Secretaría de Salud	Instituto Nacional de Neurología

Validación:

Dr. Francisco Javier Serrano Pérez	Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación	Sistema Nacional DIF	Adscrito al CNMAIC "Gaby Brimmer"
Dr. Jorge Hernández Wence	Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación	Secretaría de Salud	Instituto Nacional de Neurología

ÍNDICE

1	Clasificación	5
2	Preguntas a responder por esta Guía	6
3	Aspectos Generales	8
	3.1 Justificación	8
	3.2 Objetivo de esta Guía	9
	3.3 Definición	9
4	Evidencias y Recomendaciones	10
	4.1 Medidas Iniciales de Rehabilitación en pacientes con enfermedad vascular cerebral	11
	4.2 Medidas Generales de Rehabilitación en pacientes con enfermedad vascular	13
	4.2.1 Medidas de Rehabilitación en pacientes con enfermedad vascular cerebral con alteraciones motoras	17
	4.2.2 Medidas de Rehabilitación en pacientes con enfermedad vascular cerebral con alteraciones en el tono muscular	20
	4.2.3 Medidas de Rehabilitación en pacientes con enfermedad vascular cerebral con alteraciones en la marcha	21
	4.2.4 Medidas de Rehabilitación en pacientes con enfermedad vascular cerebral con dolor de hombro	23
	4.2.5 Rehabilitación de las Actividades de la Vida Diaria en Pacientes con enfermedad vascular cerebral	26
	4.2.6 Medidas de Rehabilitación en pacientes con enfermedad vascular cerebral con alteraciones de lenguaje	28
	4.2.7 Medidas de Rehabilitación en pacientes con enfermedad vascular cerebral con alteraciones psiquiátricas	30
	4.2.8 Medidas de Rehabilitación en pacientes con enfermedad vascular cerebral con alteraciones neuropsicológicas	32
	4.2.9 Sexualidad en pacientes con enfermedad vascular cerebral	34
	4.3 Acciones de información y educación a pacientes con enfermedad vascular cerebral, su familia y cuidadores	35
5	Definiciones Operativas	38
6	Anexos	40
7	Bibliografía	50
8	Agradecimientos	51
9	Comité Académico	52
10	Directorio Sectorial	53
11	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	54

I. Clasificación

Catálogo Maestro: DIF-331-09	
PROFESIONALES DE LA SALUD	1.24.Médico en Rehabilitación 1.46.Médico Psiquiatra 1.33.Médico Neurólogo 1.3.Médico en Comunicación Humana 1.25.Médico Internista Terapistas: físicos, ocupacionales y de lenguaje
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	169 SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión. CIE 10
CATEGORÍA DE GPC	3.1.2.Segundo y 3.1.3.tercer nivel de atención 3.2.Consejería 3.12.Rehabilitación
USUARIOS POTENCIALES	4.12.Médicos en rehabilitación 4.18. Terapistas físicos y de lenguaje, 4.13. Médicos generales 4.29.terapeutas ocupacionales 4.12.Médicos en Comunicación Humana 4.27. Psicólogos Cuidadores Familiares 4.5. Enfermeras generales 4.6. Enfermera especializada
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal Secretaría de Salud Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
POBLACIÓN BLANCO	7.5.Adultos de 19 a 44 años , 7.6. Adultos de 45 a 64 años, 7.7. Adultos de 65 a 79 años, 7.8. Adultos de 80 años y más 7.9. Hombres 7.10. Mujeres Con secuelas de EVC que se encuentren estables posterior a las 48 horas de ocurrido el evento y que el médico tratante autorice el inicio de la rehabilitación
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Manipulación músculo-esquelética (terapia física)NCO 93.29;Fuerzas isotónicas e isométricas 93.64; para movilización general (articulación general) 93.61; reeducación ocupacional 93.85; rehabilitación programas de NCO 93.89 Educación para el paciente (CIE9: 3901-3909)
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir con: La disminución de las discapacidades a través del tratamiento oportuno de las secuelas de EVC
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: 118 Guías seleccionadas 6, del periodo 2005-2008 ó actualizaciones realizadas en este periodo Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por: Adopción de Guías de Práctica Clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda: Método de Validación de la GPC: por pares clínicos Validación: CNMAIC "Gaby Brimmer", Sistema Nacional DIF, Instituto Nacional de Rehabilitación.
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catálogo Maestro:DIF-331-09 FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. Preguntas a responder por esta Guía

GENERALIDADES

1. ¿Cómo se define la enfermedad vascular cerebral?
2. ¿Cuál es el objetivo de la rehabilitación en pacientes con EVC?
3. ¿Quiénes son los profesionales de la salud que deben de participar en la rehabilitación integral del paciente con EVC?
4. ¿En pacientes con secuelas de EVC la intervención de la familia y/o cuidadores es recomendable desde el inicio del proceso de rehabilitación?

REHABILITACION EN LA FASE AGUDA

5. ¿En pacientes adultos en fase aguda de la enfermedad vascular cerebral (EVC) en que momento es oportuno el inicio de la rehabilitación para una mejor recuperación?
6. ¿En pacientes adultos en fase aguda de la enfermedad vascular cerebral (EVC) el pronóstico de recuperación es mejor cuando son atendidos en hospitales generales de zona o unidades especializadas de EVC?
7. ¿En el paciente con enfermedad vascular cerebral (EVC) en fase aguda cuales son las complicaciones sistémicas cuando no se realiza una movilización temprana?
8. ¿Cuál es la posición recomendable de los pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) en fase aguda durante su estancia hospitalaria?
9. ¿Hay evidencia de que la intensidad y frecuencia del tratamiento de rehabilitación mejora los resultados funcionales en pacientes con (EVC)?
10. ¿Cuál es la frecuencia con la que se debe realizar el tratamiento de rehabilitación en pacientes con secuelas de EVC?

11. ¿Cuáles son las escalas con mayor validez para determinar la limitación de la actividad de los pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC)?
12. ¿En cuanto tiempo deben de revalorarse los pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral (EVC) en tratamiento de rehabilitación para establecer nuevos objetivos del mismo?
13. ¿En los pacientes adultos que han sufrido enfermedad vascular cerebral (EVC), con lesión del hemisferio dominante que presentan alteraciones inherentes del lenguaje, es indispensable la intervención de que especialistas?
14. ¿Cuál es el manejo de los pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) que presentan alteraciones neuropsicológicas?
15. ¿En los pacientes con enfermedad vascular cerebral que cursan con trastornos cognitivos cuales son los tratamientos recomendados para mejorar el nivel de alerta?
16. ¿Cuál es el manejo básico de los pacientes con EVC que presentan alteraciones conductuales y emocionales?
17. ¿En los pacientes con EVC cuál es el manejo de rehabilitación más recomendado para mejorar las funciones motoras y la marcha?
18. ¿En los pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) en que circunstancia está indicado el uso de órtesis y otras ayudas funcionales para la extremidad superior e inferior?
19. ¿En el tratamiento de las afecciones motoras del paciente con enfermedad vascular cerebral (EVC) se recomienda el uso de la biorretroalimentación?
20. ¿Cuáles son las alternativas de tratamiento de la espasticidad en pacientes con EVC?
21. ¿En pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC), cual es la participación del terapeuta ocupacional para maximizar las actividades de la vida diaria humana?
22. ¿Cuál es la importancia de las ayudas técnicas y las adaptaciones personales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con secuelas de EVC?
23. ¿Cuál es el manejo del hombro hemipléjico en el paciente con secuelas de enfermedad vascular cerebral (EVC)?
24. ¿Cuáles son los beneficios del ejercicio en el paciente con secuelas de enfermedad vascular cerebral (EVC)?
25. ¿Cuál es la importancia de la detección y el tratamiento oportuno del dolor en el paciente con secuelas de EVC?
26. ¿Cuál es la importancia de establecer programas formativos /educativos, para familiares y cuidadores de pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral (EVC)?
27. ¿El paciente con enfermedad vascular cerebral (EVC) y su pareja deben recibir información en relación con la vida sexual?
28. ¿Es recomendable la intervención de un especialista en sexualidad en el proceso de rehabilitación del paciente con de enfermedad vascular cerebral (EVC)?

3. Aspectos Generales

3.1 Justificación

La enfermedad vascular cerebral (EVC) constituye un problema de salud mundial con tendencia creciente. Según datos de la OMS, la EVC es una importante causa de discapacidad y afectación de calidad de vida, su espectro de afectaciones es muy amplio. Además de las limitaciones físicas, se asocia a problemas en la esfera emocional con alta frecuencia de depresión (> 50%); y o deterioro cognitivo de diverso grado (35%), siendo la segunda causa más frecuente de demencia.

Debido al envejecimiento de muchas poblaciones, especialmente aquellas con rápido crecimiento económico, las proyecciones para el año 2020 sugieren que la enfermedad vascular cerebral se mantendrá como segunda causa de muerte tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo; además, en términos de discapacidad estará entre las primeras cinco causas más importantes de carga por enfermedad.

La enfermedad vascular cerebral tiene, también, un enorme costo, por los recursos necesarios en el sistema de salud para su atención en la fase aguda, además de los cuidados a largo plazo de los sobrevivientes con sus consecuentes implicaciones sociales.

La enfermedad vascular cerebral, es la tercera causa de muerte en México; más de 70% de las muertes por este tipo de padecimientos ocurre en sujetos mayores de 60 años.

Después de un incremento moderado pero consistente en los años noventa, la tasa de mortalidad por enfermedad vascular cerebral empieza a mostrar una tendencia al descenso, tanto en mujeres como en hombres.

En los últimos 50 años se produjo en México un descenso muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad. Este descenso se ha acompañado de un cambio igualmente significativo en las principales causas de muerte y discapacidad. Hoy en nuestro país predominan como causas de daño a la salud dentro de las enfermedades no transmisibles. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, el consumo de drogas, la vialidad insegura y las prácticas sexuales de alto riesgo.

En México hay tres tipos de enfermedades que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26% de las muertes en hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y la enfermedad vascular cerebral.

3.2 Objetivo de esta Guía

La Guía de Práctica Clínica “**Rehabilitación del Adulto con Enfermedad Vascular Cerebral**”, forma parte de las Guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este Catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta Guía pone a disposición del personal del segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Establecer el manejo de rehabilitación específico y oportuno en pacientes adultos con Enfermedad Vascular Cerebral
- Instrumentar mecanismos de seguimiento del proceso de rehabilitación de los pacientes con Enfermedad Vascular Cerebral.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3 Definición

La enfermedad vascular cerebral (I 69 CIE 10) se define como un síndrome clínico, caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas o signos correspondiente usualmente a afección neurológica y que persiste más de 24 horas, sin otra causa aparente que el origen vascular.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermedad vascular cerebral como un síndrome clínico, presumiblemente de origen vascular, que se caracteriza por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal (algunas veces global) y que duran más de 24 horas o llevan a la muerte.

La definición clásica del ataque isquémico transitorio (AIT) como “síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida aguda de funciones cerebrales focales u oculares con síntomas que duran menos de 24 horas” ha sido debatida recientemente por la American TIA Working Group, que propone un criterio temporal de menos de una hora.

La Rehabilitación del paciente adulto con Enfermedad Vascular Cerebral es un proceso limitado en el tiempo y orientado por objetivos, dirigido a lograr un nivel funcional, físico y social óptimo para facilitar su independencia y la reintegración al entorno familiar, social y laboral.

4. Evidencias y Recomendaciones

Las recomendaciones señaladas en esta Guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



Evidencia



Recomendación

4.1 MEDIDAS INICIALES DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p> <p>Las necesidades de rehabilitación de cada paciente deben evaluarse en las primeras 24-48 horas posteriores a la enfermedad vascular cerebral</p>	<p>C</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
<p>R</p> <p>Los pacientes tienen que ser movilizados lo antes posible después del enfermedad vascular cerebral</p>	<p>B</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
<p>R</p> <p>Se recomienda la movilización temprana con cambios de posición en la cama, movimientos pasivos de las extremidades y sedestación temprana, para prevenir complicaciones como: neumonía por aspiración, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar y úlceras por decúbito.</p>	<p>III-C</p> <p>Estudios aleatorizados pero discutibles y con riesgo de error moderado o grande.</p> <p>Trabajos no aleatorizados en los que se comparan los pacientes que se recibieron o no un tratamiento en la misma época.</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica de las Enfermedades Cerebro vasculares 2006.</i></p> <p>CUBA</p>
<p>R</p> <p>La movilización temprana, incluyendo la posición en la cama, sentarse en el borde de la misma o estar de pie, deben ser considerados para los pacientes dentro de los primeros días después hay un accidente cerebrovascular.</p>	<p>A</p> <p>Meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados.</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica de las Enfermedades Cerebro vasculares 2006.</i></p> <p>CUBA</p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Existe evidencia limitada de que en los pacientes con accidente cerebrovascular que padecen o están en riesgo de hipoxia una posición sentada erguida es beneficiosa mientras que la posición supina o acostado de lado mostró ser perjudicial.

1++

Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo

Guía de Práctica Clínica: Management of patients with Stroke or TIA 2008.

SIGN.

E

En estudios sobre los efectos de la posición del paciente en las primeras 72 horas siguientes a un EVC, en la posición de sentado la saturación de oxígeno arterial fue significativamente mas alto que en cualquier otra posición. Acostado del lado izquierdo (independientemente del lado hemipléjico) dio como resultado una disminución de la saturación del oxígeno arterial medio.

2+

Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.

Guía de Práctica Clínica: Management of patients with Stroke or TIA 2008.

SIGN

Con respecto a la intensidad del tratamiento de rehabilitación, hay que garantizar que el paciente haga la máxima actividad terapéutica que pueda tolerar

B

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

En el ámbito local, deben establecerse protocolos para optimizar el tiempo de tratamiento en cada ámbito de atención y poder ofrecer como mínimo tres horas de terapia en los servicios de rehabilitación hospitalarios y una hora en los servicios socio-sanitarios de convalecencia o media estancia.

4.2 MEDIDAS GENERALES DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p data-bbox="424 741 949 842">El tratamiento de rehabilitación lo tiene que llevar a cabo un equipo multidisciplinario en una unidad de enfermedad vascular cerebral</p>	<p data-bbox="1201 562 1217 584">A</p> <p data-bbox="975 595 1437 808">Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1+++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.</p> <p data-bbox="975 815 1299 880"><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i> SIGN</p>
 <p data-bbox="424 1055 949 1339">El equipo de rehabilitación necesario para atender a pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral está formado por un grupo multidisciplinario de profesionales: fisioterapeutas, enfermeros, terapeutas ocupacionales, y de lenguaje, neuropsicólogos, trabajadores sociales que trabajan coordinados por un facultativo experto en rehabilitación para conseguir los objetivos previamente marcados.</p>	<p data-bbox="1201 1032 1217 1055">B</p> <p data-bbox="975 1066 1437 1279">Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 +++ ó 1+</p> <p data-bbox="975 1285 1299 1350"><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i> SIGN</p>
 <p data-bbox="424 1469 949 1648">Los servicios de rehabilitación socio-sanitarios y comunitarios tienen que disponer de un equipo experto en rehabilitación de la enfermedad vascular cerebral para tratar a los pacientes con discapacidad residual que son dados de alta del hospital</p>	<p data-bbox="1201 1402 1217 1424">C</p> <p data-bbox="975 1435 1437 1648">Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++</p> <p data-bbox="975 1655 1299 1720"><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i> SIGN</p>

R

Los pacientes y sus cuidadores deben tener una participación activa en el proceso de rehabilitación desde las fases iniciales.

B

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

En todos los pacientes deben evaluarse las necesidades de rehabilitación lo antes posible tras el ingreso.

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

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

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

El tratamiento de rehabilitación iniciado tempranamente (la primera semana) proporciona mejores resultados

B

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

Evidencia / Recomendación

R

El tratamiento de rehabilitación tiene que finalizar cuando no se identifiquen nuevos objetivos funcionales para lograr o cuando el paciente no quiera continuar

Nivel / Grado

D

Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

En los pacientes con limitación de la actividad tras los primeros 6 meses debe evaluarse la indicación de un periodo de tratamiento de rehabilitación planificado por objetivos

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1+++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

Se deben utilizar métodos y escalas objetivas y validadas para identificar los objetivos, planificar el tratamiento y evaluar los resultados.

B

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

Para medir la limitación de la actividad post-enfermedad vascular cerebral se recomienda la utilización del índice de Barthel y el componente motor del FIM.

D

Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

Evidencia / Recomendación

R

Se recomienda evaluar el resultado final del tratamiento rehabilitador a los 6 meses post-enfermedad vascular cerebral

Nivel / Grado

D

Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

La presencia de dolor en los pacientes con enfermedad vascular cerebral tiene que ser identificada y tratada lo antes posible .

D
Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

R

El dolor central postenfermedad vascular cerebral responde al tratamiento oportuno con fármacos antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) o anticonvulsivos (gabapentina).

A
Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

4.2.1 MEDIDAS DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL CON ALTERACIONES MOTORAS.

Evidencia / Recomendación



Todos los pacientes con trastornos de la función motora secundarios a un enfermedad vascular cerebral deben tener acceso a un fisioterapeuta experto.
El tratamiento fisioterapéutico se tiene que basar en la evaluación individualizada de los déficits.

Nivel / Grado

D

Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN



En enfermos con déficit motor de la extremidad superior, se recomienda la terapia de restricción del lado sano, la cual aplicada en períodos de 15 días en pacientes que sufrieron un EVC entre 3 y 9 meses antes, ha demostrado que mejora la función del miembro y que esta mejoría persiste un año después del EVC

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN



No se recomienda el uso rutinario de la estimulación eléctrica funcional, sin embargo en algunos pacientes se puede utilizar para mejorar la movilidad de los miembros afectados

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

Evidencia / Recomendación



No se recomienda el uso rutinario de la biorretroalimentación

Nivel / Grado

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

Es recomendable aplicar programas combinados

A

R

de ejercicios de potenciación muscular y condicionamiento físico (actividad aeróbica) en pacientes con secuelas de EVC

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

R

En los pacientes con secuelas de EVC la dosis óptima de ejercicio terapéutico se tiene que valorar individualmente según las necesidades y las limitaciones.

D
Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

R

Se recomienda una frecuencia de ejercicio de 3 a 7 días por semana, con una duración de 20-60 min/día de ejercicio continuo o acumulado (turnos de ≥ 10 min) según la condición física.

D
Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

La evidencia científica actual es insuficiente para establecer que el ejercicio físico cardiovascular adaptado en pacientes con secuelas de EVC tenga efectos positivos sobre la discapacidad, las AVD, la calidad de vida y la tasa de letalidad.

D
Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

E

Un estudio comparando 3 sesiones de 40 minutos de entrenamiento en la caminadora a la semana, por 6 meses con un programa de rehabilitación convencional, demostró que el entrenamiento en la caminadora fue superior para mejorar la condición cardiovascular.

1++
Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
Management of Patients With Stroke or Tia: Assesment, Immediate Management And Secondary Prevention, December 2008
SIGN

4.2.2 MEDIDAS DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL CON ALTERACIONES DEL TONO MUSCULAR.

Evidencia / Recomendación

R

La espasticidad se tiene que tratar cuando provoca síntomas significativos (dolor, limitación articular, dificultad en los cuidados) o cuando interfiere con la rehabilitación

Nivel / Grado

B

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+ *Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007 SIGN*

R

La espasticidad de la extremidad superior o inferior después del enfermedad vascular cerebral no tiene que ser tratada rutinariamente con fármacos orales o inyectados localmente

B

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

R

En pacientes con espasticidad focal grave la inyección de toxina botulínica debe considerarse en combinación con fisioterapia para reducir el tono muscular y/o aumentar el balance articular. La eficacia de la toxina botulínica aumenta cuando se combina con electroestimulación

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007 SIGN

4.2.3 MEDIDAS DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL CON ALTERACIONES DE LA MARCHA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

El aleccionamiento específico en tareas concretas mejora la ejecución de estas (por ejemplo, adiestrando la marcha mejora su velocidad).

B

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

R

En pacientes con alteración de la deambulación se tiene que reeducar la marcha considerando el uso de ayudas como, bastones y andadoras, para aumentar el equilibrio

C

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

La reeducación de la marcha con banda sin fin y apoyo

A

parcial del peso no se recomienda de manera rutinaria

R

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

La reeducación de la marcha con banda sin fin y apoyo parcial del peso (< 40 %) desde el día 30 hasta los 3 meses se puede considerar un método coadyuvante a la terapia convencional

B

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

Evidencia / Recomendación

R

Hay que considerar el uso de ortesis de extremidad inferior en pacientes que presenten pie equino para mejorar su capacidad de marcha.

Nivel / Grado

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

4.2.4 MEDIDAS DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL CON DOLOR DE HOMBRO.

Evidencia / Recomendación

R

La colocación correcta del brazo pléjico por parte de médicos y cuidadores, será la medida preventiva para el hombro doloroso.

Nivel / Grado

C

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

El abordaje inicial del hombro doloroso incluye el tratamiento farmacológico con AINE.

C

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

R

La estimulación eléctrica funcional (EEF) ha mostrado beneficios en el tratamiento preventivo de la subluxación de hombro y hombro doloroso cuando se aplica en fases tempranas después del EVC. .

SIGN

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

No se recomienda la infiltración local con esteroides

B

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

Evidencia / Recomendación

Los factores que contribuyen al dolor de hombro, o agravarlo deben identificarse de manera adecuada y capacitar a los cuidadores sobre el manejo correcto de la extremidad.

Nivel / Grado

E

B

Conjunto de pruebas confiables para aplicarlas en una guía de práctica en la mayoría de las situaciones.

Guía de Práctica Clínica. CANADIAN BEST PRACTICE RECOMMENDATIONS FOR STROKE CARE, 2008

CANADIAN

E

El hombro no debe ser movilizado de manera pasiva más allá de 90 grados de flexión y abducción a menos que la escápula este en rotación externa y el húmero este en rotación lateral.

A

Conjunto de pruebas confiables para aplicarlas en una guía de práctica.

Guía de Práctica Clínica. CANADIAN BEST PRACTICE RECOMMENDATIONS FOR STROKE CARE, 2008

CANADIAN

E

En general las poleas no deben ser utilizadas.

A

Conjunto de pruebas confiables para aplicarlas en una guía de práctica.

Guía de Práctica Clínica. CANADIAN BEST PRACTICE RECOMMENDATIONS FOR STROKE CARE, 2008

E

La extremidad superior debe ser manipulada cuidadosamente durante las actividades funcionales.

CANADIAN

B

Conjunto de pruebas confiables para aplicarlas en una guía de práctica en la mayoría de las situaciones.

Guía de Práctica Clínica. CANADIAN BEST PRACTICE

RECOMMENDATIONS FOR STROKE CARE, 2008

CANADIAN

E

Los pacientes deben ser colocados, ya sea acostado o sentado, para reducir al mínimo el riesgo de complicaciones tales como el dolor de hombro.

B

Conjunto de pruebas confiables para aplicarlas en una guía de práctica en la mayoría de las situaciones.

Guía de Práctica Clínica. CANADIAN BEST PRACTICE

RECOMMENDATIONS FOR STROKE CARE, 2008

CANADIAN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El dolor en el hombro y las limitaciones de movimiento deben ser tratados a través de estiramientos suaves y la movilización, centrándose en rotación externa y abducción.

B

Conjunto de pruebas confiables para aplicarlas en una guía de práctica en la mayoría de las situaciones.

Guía de Práctica Clínica. CANADIAN BEST PRACTICE

RECOMMENDATIONS FOR STROKE CARE, 2008

CANADIAN

E

Existen evidencias de que los ejercicios suaves para mejorar la amplitud de movimiento son los adecuados para el tratamiento del hombro del paciente con EVC.

B

Conjunto de pruebas confiables para aplicarlas en una guía de práctica en la mayoría de las situaciones.

Guía de Práctica Clínica. CANADIAN BEST PRACTICE

RECOMMENDATIONS FOR STROKE CARE, 2008

CANADIAN

4.2.5. REHABILITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

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

A
Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

Los pacientes con dificultades persistentes en las AVD tienen que ser evaluados para determinar problemas en la percepción

B
Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

La necesidad de aditamentos especiales se tiene que valorar de manera individualizada.

B
Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

En el momento del alta hospitalaria, todos los pacientes tienen que ser evaluados para determinar qué aditamentos o adaptaciones pueden aumentar la seguridad y la independencia funcional.

A
Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Se tienen que procurar los enseres y ayudas que necesiten los pacientes.

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

Se tiene que hacer una valoración de los cambios, el equipamiento y las adaptaciones del entorno necesarias para garantizar la independencia y la seguridad del paciente.

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

El paciente y/o su cuidador tienen que recibir la formación adecuada para hacer un buen uso del equipamiento.

D

Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

Se deben hacer evaluaciones periódicas para revisar la idoneidad y el uso del equipamiento ya que las necesidades del paciente pueden cambiar.

C

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

4.2.6 MEDIDAS DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL CON ALTERACIÓN DE LENGUAJE

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>R</p>	<p>Todos los pacientes con una lesión en el hemisferio dominante que presenten alteraciones del lenguaje tendrían que ser valorados por un profesional experto en lenguaje utilizando métodos válidos y fiables.</p>	<p>C</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
<p>R</p>	<p>Si el paciente presenta una afasia, el especialista en comunicación humana debe informar al personal y a la familia de las deficiencias y las incapacidades que presenta, de cómo facilitar la comunicación y de cuáles son las técnicas de comunicación apropiadas a su déficit.</p>	<p>A</p> <p>Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
<p>R</p>	<p>El especialista en lenguaje tiene que valorar la conveniencia de un tratamiento de logopedia intensivo. Se recomienda realizar entre dos y ocho horas semanales de logopedia</p>	<p>B</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+)</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
<p>R</p>	<p>La recuperación de los pacientes afásicos es más significativa en los pacientes que reciben tratamiento de logopedia.</p>	<p>B</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	

R

La logopedia intensiva en un periodo de tiempo corto mejora los resultados de la terapia en los pacientes con afasia después de un EVC.

B

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

En tanto existan objetivos identificables y mejoría el paciente con incapacidad de comunicación tiene que seguir recibiendo tratamiento, con evaluaciones periódicas de este progreso.

D

Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

Los pacientes con disartria deben acudir a un profesional experto del lenguaje y del habla para ser valorados y orientados. A fin de realizar un diagnóstico diferencial y aplicar el tratamiento, determinar el tiempo; así como la necesidad de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación.

B

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

4.2.7 MEDIDAS DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL CON ALTERACIÓN DE PSIQUIÁTRICAS.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p>Hay que investigar la presencia de depresión y ansiedad en el primer mes después de la enfermedad vascular cerebral. Se pueden utilizar cuestionarios estandarizados adecuados, pero el diagnóstico se tiene que confirmar mediante la anamnesis</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i> SIGN</p>
<p>R</p>	<p>La persistencia de depresión > 6 semanas después de la enfermedad vascular cerebral tiene que ser tratada con medicación antidepressiva.</p> <p>Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i> SIGN</p>
<p>R</p>	<p>A los pacientes con estado de ánimo deprimido persistente se les debe ofrecer tratamiento psicológico de un profesional experto.</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+)</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i> SIGN</p>
<p>R</p>	<p>No se puede recomendar el uso rutinario de psicoterapia cognitiva conductual en pacientes con estado de ánimo deprimido persistente. Hay que considerar también otros tratamientos no farmacológicos como las terapias sociales/conductuales en grupo.</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i> SIGN</p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

No está recomendado el uso profiláctico de medicación antidepresiva para prevenir la aparición de depresión o mejorar otros resultados

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

Si hay buena respuesta al tratamiento antidepresivo, se tendría que mantener como mínimo 6 meses y ser revisado periódicamente.

D

Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

Los pacientes con labilidad emocional grave y persistente después del enfermedad vascular cerebral tienen que ser tratados con fármacos antidepresivos, monitorizando la eficacia con la frecuencia del llanto

A

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

4.2.8 MEDIDAS DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL CON ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Todo paciente que lo requiera debe tener acceso a una evaluación neuropsicológica realizada por un profesional experto en neuropsicología. La evaluación y la rehabilitación neuropsicológica debe ir dirigida a diferentes áreas cognitivas: nivel de conciencia, atención, lenguaje, percepción, praxias, gnosias, memoria, razonamiento y funciones frontales, junto con los trastornos emocionales y de conducta.</p>	<p>B</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
	<p>Los pacientes con déficit de atención tienen que recibir tratamiento dirigido a mejorar el nivel de alerta y la habilidad para mantener la atención.</p>	<p>B</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
	<p>Se recomiendan intervenciones específicas dirigidas a facilitar la adquisición de estrategias compensatorias (alarmas auditivas, agendas, etc.) en los pacientes con déficits de memoria</p>	<p>B</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
	<p>Los pacientes con inatención espacial persistente y discapacitante tienen que ser tratados con técnicas específicas como indicaciones, activación de extremidades, ayudas y adaptaciones del entorno</p>	<p>B</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
<p>Evidencia / Recomendación</p>	<p>Los pacientes con apraxia tienen que ser instruidos en el uso</p>	<p>Nivel / Grado</p> <p>A</p>

R

de ayudas internas y externas (p. ej. Verbalización y seguimiento de secuencias de acción escritas o dibujadas)

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

A los pacientes con alteración de funciones ejecutivas se les debe enseñar técnicas compensatorias, como el uso de agendas electrónicas o listas escritas de necesidades, para mejorar la ejecución de AVD

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

Hay que enseñar estrategias para resolver problemas y su aplicación en situaciones cotidianas y en actividades funcionales en la fase post-aguda de la rehabilitación.

D
Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

R

Cuando el dolor central post-enfermedad vascular cerebral es intratable, se tiene que remitir al paciente a un especialista en evaluación y tratamiento del dolor.

D
Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

4.2.9. SEXUALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Debe ofrecerse la oportunidad de hablar sobre la sexualidad, tanto al paciente como a su pareja, inmediatamente después del EVC. La iniciativa la tiene que tomar el equipo asistencial

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

B

R

Es recomendable que los pacientes con secuelas EVC tengan al alcance folletos informativos sobre aspectos relacionados con la sexualidad. Estos folletos deben incluir consejos sobre aspectos físicos (posiciones, déficits sensoriales, disfunción eréctil, etc.) y psicológicos (miedos, comunicación, roles, sentido de atractividad).

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

C

R

El paciente y su pareja tienen que ser informados del bajo riesgo que tiene la actividad sexual de provocar otro EVC.

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

C

R

Después del EVC debe ofrecerse consejo o tratamiento encaminado a lograr el nivel de actividad social y recreativas deseados.

Es recomendable que los profesionales de la salud faciliten y adapten la actividad planteada por el paciente y la familia/entorno con el fin de mantener o crear un hábito de recreación en el paciente con secuelas de EVC.

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007

SIGN

B

4.3 ACCIONES DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL, SU FAMILIA Y CUIDADORES.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p> <p>Las personas que han sufrido enfermedad vascular cerebral y sus familiares y cuidadores tienen que recibir información y consejo, y tener la oportunidad de hablar sobre el impacto de la enfermedad en su vida.</p>	<p>A</p> <p>Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
<p>R</p> <p>Los servicios para pacientes con enfermedad vascular cerebral deben ofrecer programas de formación/educación a las personas afectadas y a sus familias. La formación/educación facilita el aprendizaje de habilidades y permite conocer los recursos sociales de apoyo.</p>	<p>A</p> <p>Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
<p>R</p> <p>Los programas educativos tienen que ser flexibles para adaptarse a las necesidades de información que puedan tener diferentes pacientes y/o cuidadores y que puedan cambiar a lo largo del tiempo.</p>	<p>B</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
<p>R</p> <p>Los servicios sociales y sanitarios tienen que velar porque los pacientes y familiares reciban información sobre las organizaciones locales de apoyo (asociaciones de afectados, voluntariado) en el supuesto de que haya en su entorno.</p>	<p>A</p> <p>Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.</p> <p><i>Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007</i></p> <p>SIGN</p>
<p>Evidencia / Recomendación</p> <p>Las necesidades del cuidador tienen que ser consideradas desde el principio de la siguiente manera.</p>	<p>Nivel / Grado</p> <p>B</p> <p>Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios</p>

R

Dar la información necesaria.
Estimular la participación en la toma de decisiones.
Garantizar la accesibilidad al equipo de atención.

clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

R

Los equipos de atención a pacientes con enfermedad vascular cerebral tienen que valorar el estrés de los cuidadores, especialmente cuando el paciente presenta discapacidades de tipo cognitivo/conductual o incontinencia.

D
Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

R

Los servicios sociales deben implicarse en la reducción del estrés del cuidador.

A
Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

R

Los familiares/cuidadores tienen que recibir consejo sobre cómo mantener el nivel de actividades sociales / de ocio.

B
Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

R

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

A
Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.)
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

El paciente y su familia deberían tener un trabajador social de referencia que haga el seguimiento de sus necesidades durante todo el proceso de rehabilitación y que oriente y coordine los recursos comunitarios adecuados para dar respuesta.

Evidencia / Recomendación

Después del EVC, los pacientes deben tener acceso a sistemas de transporte adaptado para facilitarles la participación en actividades sociales y recreativas.

Nivel / Grado

C

Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre




R

ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios
clasificados como 2 ++
Guía de Práctica Clínica. ICTUS 2007
SIGN

5. DEFINICIONES OPERATIVAS.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).- Actividades de cuidado personal necesarias para la vida cotidiana, como comer, bañarse, arreglarse, vestirse e ir al baño; los profesionales de la salud utilizan a menudo este término para evaluar las necesidades y, o el tipo de cuidados que requiere una persona.

Arco de movilidad.- Máxima extensión con la que se mueve una articulación desde la extensión total hasta la flexión total.

Contractura. - Incapacidad para mover una articulación debido a la rigidez permanente o contracción de un músculo.

Discapacidad.- Ausencia, restricción o pérdida de la habilidad, para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen, considerado como normal para un ser humano.

Discapacidad intelectual.- Impedimento permanente en las funciones mentales consecuencia de una alteración prenatal, perinatal, posnatal o alguna alteración que limita a la persona a realizar actividades necesarias para su conducta adaptativa al medio familiar, social, escolar o laboral.

Discapacidad neuromotora.- Secuela de una afección en el sistema nervioso central, periférico o ambos y que afecta el sistema músculo esquelético.

Dolor.- Experiencia sensorial o emocional desagradable relacionada principalmente con daño tisular, o bien descrita en términos de daño tisular, o ambas.

Habla.- Expresión motora de orden cortical mediante la cual las palabras se convierten en sonido, interviniendo el sistema nervioso central y periférico (aparato fonarticulador)

Integración social.- Estadio en el cual una persona con discapacidad logra realizar una actividad o función necesaria dentro de su rol normal.

Rehabilitación.- Conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad.

Segundo nivel de atención.- Al que proporciona atención médica en las cuatro especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, así como otras complementarias y cuatro áreas de apoyo: anatomía patológica, laboratorio clínico, anestesiología y radiología, así como acciones de referencia y contrarreferencia. En materia de rehabilitación se consideran como ejemplos: centros de rehabilitación integral, servicios de medicina física, servicios de fisioterapia y otros similares.

Tercer nivel de atención.- Al que realiza docencia, investigación y formación de recursos humanos y proporciona atención médica de alta complejidad y rehabilitación integral en donde la referencia de casos es caracterizada por personas con discapacidad severa o de difícil diagnóstico. En materia de rehabilitación se consideran como ejemplos: centros de rehabilitación, centros de rehabilitación y educación especial, unidad de medicina física y rehabilitación, institutos nacionales de salud y otros similares.

Terapia física.- Es la aplicación de los medios físicos con fines terapéuticos.

Terapia del lenguaje.- Conjunto de acciones dirigidas a restaurar las discapacidades de la comunicación humana en audición, voz, lenguaje, aprendizaje y habla.

Terapia ocupacional.- Conjunto de acciones que contribuyen a la utilización de las capacidades funcionales y al logro de la máxima independencia en actividades de la vida diaria.

Voz.- sonido producido al paso del aire proveniente de los pulmones, a través de la laringe, en especial por las cuerdas vocales y modificado por las cavidades de resonancia.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-173-SSA1-1998, PARA LA ATENCION INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
AVD	Actividades básicas de la vida diaria
AINE	Antiinflamatorio no esteroideo
AIT	Ataque isquémico transitorio
ECA	Ensayo clínico aleatorio
EP	Embolismo pulmonar
EVC	Enfermedad vascular cerebral
FES	Estimulación eléctrica funcional
OMS	Organización Mundial de la Salud
TVP	Trombosis venosa profunda

6. ANEXOS

Se revisaron 6 Guías de Práctica clínica con los siguientes resultados:

NOMBRE DE LA GUIA	CALIFICACION CON AGREE	CALIFICACION CUALITATIVA LICKERT	*Niveles de evidencia y grado de recomendación
ICTUS, Guía de Práctica Clínica, Cataluña	69.9%	Muy recomendable	SIGN
Clinical Guidelines for Stroke and TIA Management 2007 y actualización 2008, Australia.	100%	Muy recomendable	NHMRC
Guías de Práctica clínica Para las Enfermedades, 2006, Cuba	91.68	Muy recomendable	Ver cuadro en la guía
Canadian Best Practice Recommendations for Stroke: 2008	84.25	Muy recomendable	Ver página VII de la guía
Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention.	94.3	Muy recomendable	SIGN
Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline 2005	85	Muy recomendable	SIGN

*Ver anexo 2 (niveles de evidencia y grados de recomendación)

AGREE consiste en 23 ítems claves organizados en seis áreas. Cada área intenta abarcar una dimensión diferenciada de la calidad de la guía.

AREAS

Alcance y Objetivo (ítems 1-3) se refiere al propósito general de la guía, a las preguntas clínicas específicas y a la población diana de pacientes.

Participación de los implicados (ítems 4-7) se refiere al grado en el que la guía representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.

Rigor en la elaboración (ítems 8-14) hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.

Claridad y presentación (ítems 15-18) se ocupa del lenguaje y del formato de la guía

Aplicabilidad (ítems 19-21) hace referencia a las posibles implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos organizativos, de comportamiento y de costes

Independencia editorial (ítems 22-23) tiene que ver con la independencia de las recomendaciones y el reconocimiento de los posibles conflictos de intereses por parte del grupo de desarrollo de la guía

Al final del documento se incluye un apartado para realizar una evaluación general. Contiene una serie de opciones “Muy recomendada”, “Recomendada (con condiciones o modificaciones)”, “No recomendada” y “No se sabe”. La evaluación general requiere que el evaluador haga un juicio sobre la calidad de la guía teniendo en cuenta cada uno de los criterios de evaluación.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN):

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alto potencial de sesgo.	

Grados de Recomendación

- A** Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

- B** Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+

- C** Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++

- D** Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

NHMRC**Gradación de Niveles de Evidencia y Recomendaciones**

- A** Conjunto de pruebas confiables para aplicarlas en una guía de práctica.

- B** Conjunto de pruebas confiables para aplicarlas en una guía de práctica en la mayoría de las situaciones.

- C** Conjunto de datos que proporciona cierto apoyo a la recomendación (s), pero se debe tener cuidado en su aplicación.

- D** Las evidencias son débiles y las recomendaciones debe aplicarse con cautela

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN UTILIZADOS EN LA GPC DE CUBA.

NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACION
I	a. Meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados.

	b. Al menos un gran estudio aleatorizado con poco riesgo de error, tanto para falsos positivos (<input type="checkbox"/>) como para falsos negativos (<input type="checkbox"/>)	A
II	Estudios aleatorizados, pero con casística insuficiente para alcanzar significación estadística y, por lo tanto, con riesgo de error <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	B
III	Estudios aleatorizados pero discutibles y con riesgo de error moderado o grande. Trabajos no aleatorizados en los que se comparan los pacientes que se recibieron o no un tratamiento en la misma época.	C
IV	Estudios históricos, no aleatorizados, que comparan resultados entre los pacientes que recibieron o no un tratamiento en la misma época.	
V	Recomendaciones de grupos de expertos, sociedades u organismos	

6.2 Protocolo de Búsqueda

Los documentos buscados fueron estudios identificados para la Rehabilitación de Adultos con Enfermedad Vascular Cerebral en los idiomas inglés y español, de los últimos cinco años que estaban incluidos en las bases de datos de *Medline*, de la *Biblioteca Cochrane* y en los sitios para búsquedas de Guías de práctica clínica.

Estrategia de búsqueda.

La estrategia de búsqueda fue en tres fases. La primera fase realizada fue en Medline por PubMed (NCBI), incluyó términos con criterios específicos de revisión. Las búsquedas fueron limitadas a humanos y se usaron términos MeSh (palabras clave) e incluyeron en los criterios de revisión: Guías y Guías de Práctica Clínica. Las búsquedas arrojaron 118 documentos. El alcance de esta fase de búsqueda fue excesivo, por lo que se procedió a realizar una segunda fase de búsquedas.

En la segunda fase se usaron criterios más restringidos para la búsqueda de guías publicadas en inglés y español después de 2004, en la que se respondieran las preguntas predeterminadas con las siguientes palabras clave:

- Accidente Vascular cerebral / Stroke
- Adultos / Adults
- Rehabilitación / Rehabilitation

En total se obtuvieron 26 documentos localizados en Pubmed, posteriormente se realizó la búsqueda en otros sitios de Guías de la siguiente manera:

Sitios para búsquedas	Doc ume ntos
Fisterra (http://www.fisterra.com/busquedaRes.asp)	5
NGC (http://www.google.com/custom?hl=es&cof=S%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.sign.ac.uk%3BBGC%3A%23fbaec%3B&domains=www.sign.ac.uk&q=full+guidelines+of+stroke&btnG=Buscar&sitesearch=www.sign.ac.uk)	98
NCBI (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez)	21
NICE (http://www.nice.org.uk/search/guidancesearchresults.jsp?searchType=guidance_advanced&keywords=stroke&healthTopic=&includeCG=on&includeDEV=on&includePUB=on&startMonth=1&startYear=2003&endMonth=3&endYear=2009&searchsubmit=Search)	3
NLM (http://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/quer-meta?v%3aproject.nlm-main-website&v%3asources.nlm-main-website-bundle&query=%22stroke%20rehabilitation%22&)	12
Total:	139

La tercera fase consistió en la búsqueda de revisiones sistemáticas en las bases de datos de La biblioteca Cochrane de la cual se obtuvieron 7 documentos y en BIREME se localizaron 3 artículos.

Criterios de inclusión y exclusión de los documentos

Debido a la gran cantidad de documentos que se examinaron se usó como criterio general incluir las Guías de práctica encontradas en los sitios más reconocidos, mencionados anteriormente, por lo que se excluyeron los demás documentos.

Algoritmo de la búsqueda

```
#1 stroke"[MeSH Terms]
#2 rehabilitation"[subheading]
#3 #1 AND #2
#4 ("2004/03/14"[EDat]:
#5 "2009/03/12"[EDat]
#6 #4:#5
#7 #3 AND #6
#8 "humans"[MeSH Terms]
#9 #7 AND #8
#10 English[lang]
#11 Spanish[lang]
#12 #10 OR #11
#13 #9 AND #12
#14 (Practice Guideline[ptyp]
#15 Guideline[ptyp])
#16 (systematic[sb])
#17 #14 OR #15 OR #16
#18 #13 AND #17
```

Posteriormente se realizaron búsquedas internas de los documentos seleccionados para generar una matriz de recursos con los criterios de inicio en la que se redujeron aún más el número de documentos elegidos, destacando únicamente 6 guía para ser analizadas a profundidad.

Índice de Barthel

Es un instrumento para detectar 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD), dando mayor importancia a la puntuación de los temas relacionados con el control de esfínteres y la movilidad.

Esta prueba es de fácil y rápida administración (habitualmente menos de 5 minutos). Es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional del paciente con patología cerebrovascular aguda y sus complicaciones como la demencia vascular.

Su aplicación es especialmente útil en unidades de rehabilitación.

Es de gran valor predictivo sobre la mortalidad, el ingreso hospitalario, la duración de la estancia en unidades de rehabilitación y la ubicación al alta hospitalaria en pacientes con accidente cerebrovascular agudo. Su reproducibilidad es excelente.

Para su medición se establecen los siguientes criterios:

- a. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos.
- b. El rango global puede variar entre 0, completamente dependiente, y 100 puntos, completamente independiente (90 para pacientes limitados en silla de ruedas).
- c. Para los temas de deposición y micción, se deberá valorar la semana previa

Para su interpretación, la puntuación se agrupa en categorías de dependencia:

- 1) Total < 20
- 2) Grave = 20 a 35
- 3) Moderada = 40 a 55
- 4) Leve > 60
- 5) Autónomo = 100

El tercero y el cuarto acogen a los individuos más susceptibles de recuperar la independencia con el tratamiento adecuado.

1. Puede ser aplicado por el geriatra como por el médico no geriatra, enfermera, terapeuta, auxiliar de enfermería o por el cuidador.
2. Se tarda aproximadamente 30 segundos en puntuar cada tema, pues se basa en funciones ya observadas (la observación directa de la capacidad del individuo para realizar las ABVD requiere un tiempo excesivo).
3. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina.
4. El geriatra o médico no geriatra debe iniciar su uso, al ingreso del anciano al centro, y realizar exámenes periódicos (trimestrales o semestrales) que permitan conocer su evolución, el resultado del plan de cuidados y de los objetivos asistenciales.

Formato

Item	Situación del paciente	Puntos
Comer	-Totalmente independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
	-Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	-Dependiente	0
Lavarse	-Independiente: entra y sale solo del baño.	5
	-Dependiente	0
Vestirse	-Independiente: capaz de ponerse y de quitarse su ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	-Necesita ayuda.	5
	-Dependiente.	0
Arreglarse	-Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	-Dependiente.	0
Deposiciones (Valorarse la semana previa)	-Continencia normal.	10
	-Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	-Incontinencia	0
Micción (Valorarse la semana previa)	-Continencia normal o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.	10
	-Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	-Incontinencia	0
Uso del servicio sanitario	-Independiente para ir al cuarto de baño, quitarse y ponerse la ropa.	10
	-Necesita ayuda para ir al cuarto de baño, pero se limpia solo.	5
	-Dependiente.	0
Trasladarse	-Independiente para ir del sillón a la cama.	15
	-Minima ayuda física o supervisión para hacerlo.	10
	-Necesita gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	-Dependiente.	0
Deambular	-Independiente, camina solo 50 metros.	15
	-Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	-Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	-Dependiente	0
Escaleras	-Independiente para bajar y subir escaleras.	10
	-Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.	5
	-Dependiente.	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado y grado de independencia

< 20 Total

20 – 35 Grave

40 – 55 Moderado

>= 60 Leve

100 Independiente

Interpretación de los resultados

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación del IB. Por ejemplo, se ha observado que una puntuación inicial de más de 60 se relaciona con una menor duración de la estancia hospitalaria y una mayor probabilidad de reintegrarse a vivir en la comunidad después de recibir el alta.

Esta puntuación parece representar un límite: con más de 60 casi todas las personas son independientes en las habilidades básicas.

La interpretación sugerida por Shah et al sobre la puntuación del IB es: 0-20: Dependencia total; 21-60: Dependencia severa; 61-90: Dependencia moderada; 91-99: Dependencia escasa; 100: Independencia.

Así mismo, también se ha intentado jerarquizar las actividades incluidas en el IB según la frecuencia con que se observa independencia en su realización. Según los resultados de Granger et al el orden podría ser el siguiente: 1. Comer; 2. Aseo; 3. Control de heces; 4. Control de orina; 5. Baño; 6. Vestirse; 7. Usar el retrete; 8. Traslado cama/silla; 9. Desplazarse; 10. Subir/bajar escaleras.

Comer es la actividad en la que se observa independencia con más frecuencia. Este es el orden observado en una población concreta y puede presentar variaciones en otros ámbitos.

Otros autores han observado que la recuperación de las diferentes actividades ocurría en un orden jerárquico bien definido. Bañarse sin ayuda fue la actividad que se recuperaba más tarde, siendo la incontinencia ocasional de heces la primera en recuperarse.

Referencia: dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hc5.pdf

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Adams H, Adams R, Del Zoppo G, Goldstein LB. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke. 2005 Update. A scientific statement from the Stroke Council of the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2005;36:916-21.
2. Best Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation Management, Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2003
3. Buergo Z M. Fernandez C O. Perez N J. Pando C A. Guías de Práctica para las Enfermedades Cerebrovasculares 2006.
4. http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
5. ICTUS Guía Práctica Clínica, Enero 2007 página 21-31 pp
6. June 2005 Nursing Best Practice Guideline .Shaping the future of Nursing.
7. Life after stroke: New Zealand guideline for management of stroke. 2003 New
8. Management of Patients with Stroke. Rehabilitation, Prevention and Management of Complications and Discharge Planning A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
9. Maza F M, Dondis C D, Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral. *Revista Avances* 2008, 5(16):6-10
10. Secretaría de salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012. http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_nacional/programa_07.html.
11. Tazin V. Heather McC. Lappan G S. Santos J. Shouten M J. Russell B. Scott C. burris J. Powell K. Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2003a; Ministry of Health and Long Term Care and Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2000
12. Tratamiento de enfermedad Cerebrovascular. Criterios técnicos y recomendaciones basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica. Seguro social de Costa Rica.
13. www.heartandstroke.ca
14. Zealand Guidelines Group (NZGG).

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro o Grupo de Trabajo que desarrolló la presente Guía; asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Se agradece a las autoridades del Sistema Nacional DIF por las gestiones realizadas para que el personal adscrito al CNMACRI para Personas Ciegas y Débiles Visuales asistiera al evento de capacitación en Medicina Basada en Evidencias.

9. COMITÉ ACADÉMICO

CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD

M. en A María Luisa González Rétiz

Dr. Esteban Hernández San Román

M. en A María de Lourdes Dávalos Rodríguez

Dr. Héctor González Jácome

Dr. Domingo Antonio Ocampo

Dra. Lorraine Cárdenas Hernández

Dr. Luis Aguero y Reyes

Dr. Erick Romero Arredondo

Lic. José Alejandro Martínez Ochoa

Lic. Ana María Otero Prieto

Lic. Margarita Isela Ramos

Directora General

Director de Evaluación de Tecnologías en Salud

Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica

Subdirector de Guías de Práctica Clínica

Asesores de Guías de Práctica Clínica

Investigación documental

Comunicación y logística

Diseño Gráfico

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL

Lic. María de las Mercedes Gómez Mont Urueta

Lic. José Antonio Pita Gómez

Lic. Amalia Leticia Méndez Lemus

Lic. Sergio Higuareda Koutz

Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social

Director de Rehabilitación

Subdirectora de Unidades Operativas en los Estados

Director del CNMAIC RI Personas Ciegas y débiles visuales

10. DIRECTORIO SECTORIAL E INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud
Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro
Social /IMSS
Mto. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales para los Trabajadores del
Estado /ISSSTE
Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia / DIF
Lic. María Cecilia Landerreche
Gómez Morin
Titular del organismo SNBIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX
Dr. Jesús Federico Reyes Heróles
González Garza
Director General

Secretaría de Marina
Almirante Mariano Francisco
Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de
Salubridad General

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gal. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSNMC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zurro Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Vádez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Laforte Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Ley Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rátiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Quauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simón Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico