



ISSN 2674-8169



Qualis B3

2021-2024

Latindex



DOI

Google  
Acadêmico

## ***Prevenção de lesões de úlceras por pressão em pacientes com acidente cerebrovascular: Cuidados de enfermagem dirigidos.***

Evelin Antonella García Reyes <sup>1</sup>, Yucsiang Del Carmen Wong Tovar <sup>2</sup>, Jessica Tamara Cabrera Pérez <sup>3</sup>, Manuel Antonio Aguirre Cimarra <sup>4</sup>, Mercedes Jesus Arana Castro <sup>5</sup>.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n2p398-412>

Artigo recebido em 9 de Janeiro e publicado em 9 de Fevereiro de 2026

### **ARTÍCULO DE REVISIÓN.**

#### **RESUMEN**

**Introducción:** Las lesiones/úlceras por presión (LPP/UPP) representan un evento adverso frecuente y prevenible en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV), asociado a inmovilidad, dependencia funcional y continuidad insuficiente del cuidado. **Objetivo:** Sintetizar evidencia indexada en PubMed/MEDLINE sobre cuidados de enfermería dirigidos a prevenir LPP/UPP en pacientes con ACV. **Metodología:** Revisión sistemática siguiendo PRISMA 2020. Se incluyeron estudios originales en adultos con ACV y desenlaces de LPP/UPP o riesgo, publicados entre 2016 y 2025 e indexados en PubMed/MEDLINE. Se realizó cribado por título/resumen y texto completo, extracción estandarizada y síntesis narrativa por heterogeneidad de diseños y entornos. **Resultados:** Se incluyeron 8 estudios (ECA, cuasi-experimental, cohortes, transversal, mejora de calidad). En hospital se reportó prevalencia de UPP de 8.3%, y en transición a SNF 11% ingresó con LPP. Un programa liderado por enfermería redujo la tasa de HAPI de 1.177 a 0.272 por 1,000 días-paciente, en posalta, telenursing y entrenamiento de cuidadores disminuyeron incidencia/severidad o riesgo de LPP. **Conclusión:** La prevención efectiva en ACV requiere bundles de enfermería con vigilancia, reposicionamiento, superficies de soporte, educación y seguimiento al cuidador, además de estratificación de riesgo para priorizar recursos.

**Palabras clave:** Accidente Cerebrovascular, úlceras por presión, cuidados de enfermería, rehabilitación, cuidadores.

## Prevention of Pressure Ulcer Injuries in Stroke Patients: Targeted Nursing Care.

### ABSTRACT

**Introduction:** Pressure ulcer injuries (PUIs) are a common and preventable adverse event in stroke patients, associated with immobility, functional dependency, and insufficient continuity of care. **Objective:** To synthesize evidence indexed in PubMed/MEDLINE on nursing care aimed at preventing PUIs in stroke patients. **Methodology:** Systematic review following PRISMA 2020. Original studies involving adults with stroke and outcomes related to PUIs or risk, published between 2016 and 2025 and indexed in PubMed/MEDLINE, were included. Title/abstract and full-text screening, standardized data extraction, and narrative synthesis were performed due to the heterogeneity of designs and settings. **Results:** Eight studies were included (RCTs, quasi-experimental, cohort, cross-sectional, quality improvement). In hospitals, the reported prevalence of PUIs was 8.3%, and during transition to SNF, 11% were admitted with PUIs. A nurse-led program reduced the HAPI rate from 1.177 to 0.272 per 1,000 patient days; post-discharge, telenursing, and caregiver training decreased the incidence/severity or risk of PUIs. **Conclusion:** Effective prevention in stroke patients requires nursing bundles that include surveillance, repositioning, support surfaces, education, caregiver follow-up, and risk stratification to prioritize resources.

**Keywords:** Stroke; Pressure Ulcer; Nursing Care; Rehabilitation; Caregivers.

**Institución afiliada:** Universidad Técnica Estatal De Quevedo <https://orcid.org/0009-0002-5847-4957><sup>1</sup>; Universidad De Guayaquil <https://orcid.org/0009-0002-9233-7913><sup>2</sup>; Universidad Católica De Santiago De Guayaquil <https://orcid.org/0009-0008-5432-0321><sup>3</sup>; Universidad Bolivariana del Ecuador <https://orcid.org/0009-0000-9116-3291><sup>4</sup>; Pontificia Universidad Católica Del Ecuador <https://orcid.org/0009-0006-8192-1718><sup>5</sup>.

**Autor correspondente:** Evelin Antonella García Reyes [agarcia.2798@gmail.com](mailto:agarcia.2798@gmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## **INTRODUCCIÓN.**

El accidente cerebrovascular (ACV) continúa siendo una de las principales causas de muerte y, sobre todo, de discapacidad a nivel mundial, con un impacto sostenido en años de vida ajustados por discapacidad y necesidad de cuidados prolongados, especialmente en poblaciones envejecidas y con alta carga de factores de riesgo(1). La inmovilidad, la dependencia para actividades básicas y las estancias hospitalarias y poshospitalarias convierten al paciente con ACV en un grupo particularmente vulnerable a eventos adversos prevenibles, entre ellos las lesiones/úlceras por presión (LPP/UPP)(1, 2).

Las LPP/UPP se originan por un desequilibrio mecánico y microvascular generado por presión sostenida, cizalla y deformación tisular, con progresión hacia daño celular y pérdida de integridad cutánea si no se implementan medidas oportunas de descarga y protección(3).

En unidades de atención a pacientes con alta dependencia, la prevención efectiva requiere intervenciones sistemáticas, oportunas y medibles, debido a que las LPP/UPP se asocian con dolor, infección, prolongación de la hospitalización y aumento de la carga de cuidados, siendo indicadores sensibles de calidad asistencial(2).

En pacientes con ACV hospitalizados se han reportado frecuencias clínicamente relevantes de UPP, junto con brechas de cuidado como baja utilización de superficies preventivas, reposicionamiento insuficiente y presencia de malnutrición o higiene deficiente, lo que evidencia oportunidades claras para intervenciones lideradas por enfermería(4).

Además, el riesgo no se limita a la fase intrahospitalaria, ya que tras el egreso persisten limitaciones funcionales y dependencia del cuidador, incrementando la probabilidad de LPP/UPP si no existe continuidad educativa y seguimiento estructurado(5).

La estratificación del riesgo en ACV debe incorporar variables clínicas y funcionales, dado que se han identificado como predictores la edad avanzada, la hipoalbuminemia, el bajo desempeño en actividades de la vida diaria y ciertos subtipos de ACV, elementos directamente accionables desde planes de cuidado de enfermería (nutrición, movilidad, vigilancia cutánea y apoyo al cuidador(6).

De forma complementaria, herramientas de valoración como la escala de Braden mantienen relevancia en escenarios críticos de ACV para identificar pacientes con mayor vulnerabilidad, reforzando la necesidad de integrar valoración estructurada y cuidados preventivos intensificados(7).

Las intervenciones preventivas con mayor aplicabilidad clínica en enfermería incluyen: reposicionamiento/giros adaptados al estado del paciente, uso de superficies de soporte, protección cutánea con apósitos profilácticos, optimización del estado nutricional y educación al paciente-cuidador, preferiblemente como estrategias multifactoriales o “bundles” con auditoría y adherencia documentada(8–11).

En pacientes con ACV, la reducción del riesgo también se relaciona con enfoques que incrementan la movilidad y recuperación funcional (p. ej., rehabilitación más intensiva), lo cual respalda la integración temprana de movilización y terapia dentro del plan preventivo de enfermería(12).

Asimismo, programas impulsados por enfermería orientados a identificación temprana, rondas de piel, educación, auditoría y mejora de documentación han demostrado reducción de tasas de lesiones adquiridas en unidades que incluyen población con ACV, lo que sugiere alta efectividad de intervenciones organizacionales además de las medidas clínicas directas(2).

Ante la dispersión de estrategias y contextos (hospital, rehabilitación y domicilio), resulta pertinente sintetizar la evidencia reciente y exclusiva de bases indexadas para delimitar qué cuidados de enfermería dirigidos son más efectivos para prevenir LPP/UPP en pacientes con ACV(13).

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es sintetizar la evidencia actual sobre cuidados de enfermería dirigidos a la prevención de lesiones/úlceras por presión en pacientes con accidente cerebrovascular, identificando intervenciones efectivas en fases intrahospitalarias y postalta, para sustentar recomendaciones clínicas en una revisión sistemática.

## **METODOLOGIA.**

Se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre prevención de LPP/UPP en pacientes con ACV mediante cuidados de enfermería dirigidos, siguiendo la guía PRISMA 2020 para asegurar transparencia y reproducibilidad del proceso de identificación, selección y síntesis de estudios(14).

Se elaboró un protocolo a priori conforme a los componentes recomendados por PRISMA-P 2015 para revisiones sistemáticas(14). Para reducir riesgo de sesgo por modificaciones post hoc, se recomienda el registro prospectivo del protocolo en PROSPERO antes del cribado formal, consignando cambios metodológicos en el “audit trail” cuando correspondan(15).

### **Pregunta de investigación y criterios de elegibilidad.**

La pregunta se estructuró mediante PICOS para delimitar población, intervención y desenlaces(14).

P (Población): pacientes adultos ( $\geq 18$  años) con ACV isquémico o hemorrágico, hospitalizados o en rehabilitación, cuidados de larga estancia o domicilio.

I (Intervención/exposición): cuidados de enfermería dirigidos a prevención de LPP/UPP.

C (Comparador): atención habitual, ausencia de intervención o comparadores alternativos.

O (Desenlaces): desenlace primario: incidencia o prevalencia de LPP/UPP (y/o estadio, localización).

Desenlaces secundarios: cambios en riesgo, severidad, tiempo a evento, tasas por 1,000 días-paciente, duración de estancia, rehospitalización y variables de proceso.

S (Diseño): ensayos controlados aleatorizados, cuasi-experimentales, cohortes, estudios caso-control y transversales con datos originales.

#### **Criterios de elegibilidad.**

**Criterios de inclusión:** estudios publicados entre el 2016 y el 2025 e indexados en PubMed/MEDLINE, con población ACV o resultados específicos para ACV cuando el estudio incluya poblaciones mixtas con datos separables.

**Criterios de exclusión:** revisiones, metaanálisis, cartas, editoriales, protocolos, series/casos, estudios sin desenlaces de LPP/UPP o sin posibilidad de atribuir resultados a población con ACV.

#### **Fuentes de información.**

La búsqueda se realizó en PubMed, limitando la elegibilidad final a artículos indexados en PubMed/MEDLINE; adicionalmente, se revisaron referencias de estudios incluidos para identificar artículos potencialmente elegibles que también estén indexados en PubMed/MEDLINE.

#### **Estrategia de búsqueda.**

Se combinaron términos MeSH y palabras libres relacionados con ACV, lesiones/úlceras por presión y enfermería/intervenciones preventivas, ajustando operadores booleanos y truncamientos según PubMed. Se aplicará filtro temporal 2016–2025 y, cuando sea pertinente, filtros por humanos y adultos, evitando restricciones por idioma en la etapa inicial para reducir

sesgo de idioma.

### **Proceso de selección de estudios.**

Los registros recuperados se exportaron a un gestor bibliográfico Zotero, para eliminación de duplicados y organización del cribado.

Dos revisores realizaron de forma independiente el cribado por título/resumen y posteriormente por texto completo, documentando motivos de exclusión en esta última etapa.

Las discrepancias se resolvieron por consenso o por un tercer revisor, y el proceso se reportará mediante el diagrama de flujo PRISMA 2020.

### **Extracción de datos.**

Se empleó una plantilla estandarizada y pilotada para extracción, incluyendo: autor/año, país, diseño, entorno (agudo/UCI/rehabilitación/SNF/domicilio), criterios de ACV, tamaño muestral, características clínicas (movilidad, severidad si disponible), intervención/estrategia de enfermería, comparador, definición de LPP/UPP, tiempo de seguimiento y resultados cuantitativos (incidencia/prevalencia, RR/OR/HR cuando aplique).(Page et al., 2021).

También se extrayeron datos de implementación cuando el estudio evalúe programas o bundles liderados por enfermería.

### **Evaluación de calidad metodológica y riesgo de sesgo**

En ensayos aleatorizados se aplicó RoB 2 para valorar riesgo de sesgo por dominios y juicio global(16). En estudios no aleatorizados de intervención (cuasi-experimentales o comparativos sin aleatorización) se aplicará ROBINS-I(17).

En estudios de prevalencia (transversales) se evaluó riesgo de sesgo con la herramienta propuesta por Hoy et al., considerando dominios de selección, medición y análisis(18).

En estudios de modelos predictivos se utilizó PROBAST para sesgo y aplicabilidad del modelo(19).

### **Síntesis de resultados**

Dada la heterogeneidad esperable por entornos y tipos de intervención, se priorizó una síntesis estructurada y transparente siguiendo las recomendaciones de SWiM cuando no sea apropiado un metaanálisis(20).

Se agruparon los hallazgos por categorías clínicas de cuidado de enfermería como la valoración/vigilancia, reposicionamiento y superficies, cuidado de humedad/incontinencia,

protección cutánea, nutrición, educación/telenursing, bundles/programas(20). La certeza global de la evidencia por desenlace se resumirá mediante el enfoque GRADE(21).

### **Software.**

La extracción y gestión bibliográfica se realizó con el gestor Zotero y el análisis estadístico en Jamovi o software equivalente para metaanálisis y gráficos.

### **Consideraciones éticas.**

Al tratarse de una síntesis de estudios publicados, no se requiere aprobación por comité de ética, y se respetarán principios de transparencia metodológica y reporte completo conforme PRISMA(14).

## **RESULTADOS.**

En esta revisión sistemática se incluyeron ocho artículos publicados entre 2016 y 2025 e indexados en PubMed/MEDLINE (Tabla 1), los cuales aportan evidencia sobre prevención de LPP/UPP en personas con ACV en distintos niveles de atención(2, 4–6, 12, 22–24).

Los estudios incluidos presentaron heterogeneidad metodológica y clínica, con diseños que abarcaron una evaluación no controlada en sala aguda de ACV, un estudio transversal hospitalario, cohortes retrospectivas incluida transición a centros de enfermería especializada, un ensayo clínico aleatorizado posalta, un proyecto de mejora de calidad liderado por enfermería, un cuasi-experimental domiciliario centrado en cuidadores, un estudio poblacional de cohorte nacional sobre intensidad de rehabilitación y un estudio retrospectivo de modelado predictivo para riesgo de LPP/UPP(2, 4–6, 12, 22–24).

En cuanto a contextos asistenciales, los estudios se desarrollaron en sala aguda de ACV, hospital terciario, unidades de rehabilitación y programas de transición/cuidados post-agudos (SNF), así como en domicilio con participación activa del cuidador mediante intervención educativa y seguimiento remoto(4, 5, 22–24).

Las muestras variaron desde estudios pequeños en sala (n=7) hasta cohortes de gran tamaño en sistemas de salud (n=18,971 en cohorte nacional y n=65,330 en cohorte de mayores post-ACV en SNF), lo que aportó resultados en escenarios de distinta complejidad y riesgo basal(10, 23, 24).

**Tabla 1 Matriz de análisis y de extracción de datos.**

<b>Autor/año</b>	<b>Diseño / tipo de estudio</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Muestra</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervención / enfoque (relevante a enfermería)</b>	<b>Outcome(s) de LPP/UPP</b>	<b>Resultados clave</b>
Akçoban et al., 2025	Cuasi-experimental	Domicilio (home care)	70 pacientes ACV + 70 cuidadores	Evaluar efecto de entrenamiento a cuidadores en cuidados domiciliarios post-ACV	Capacitación a cuidadores con modelo PRECEDE-PROCEED; seguimiento y refuerzo educativo; medición de riesgo con Braden	Riesgo de LPP (Braden) y outcomes relacionados	Mejoras en variables del cuidador y disminución del riesgo de LPP a lo largo del tiempo
Tang et al., 2025	Cohorte retrospectiva + validación (modelo predictivo)	Recuperación post-ACV	284 (derivación/validación interna) + 60 (validación externa)	Desarrollar/validar un nomograma para predecir LPP en ACV	Estratificación de riesgo para priorizar prevención (enfoque aplicable a planes de enfermería)	Predicción de LPP (AUC/C-index); comparación con Braden	Predictores incluyen edad, tipo de ACV, albúmina, leucocitos, ADL; AUC alto (~0.90–0.94) y rendimiento superior a Braden
McCray & Donaldson, 2024	Mejora de calidad (pre-post)	Unidad con población amputación/ACV	NR (reporta tasas por días-paciente)	Reducir lesiones por presión adquiridas en hospital (HAPI) con programa liderado por enfermería	Programa enfermero: ruta clínica tipo AHRQ, skin rounds, educación, auditoría y mejora de documentación	Tasa HAPI por 1,000 días-paciente; adherencia/documentación	Disminución de tasa HAPI de 1.177 a 0.272/1,000 días-paciente; mejora de documentación/competencias
Fashaei et al., 2024	Ensayo clínico aleatorizado	Poshospitalario (domicilio)	60 supervivientes de ACV	Evaluar empoderamiento familiar con telenursing sobre LPP posalta	Educación + seguimiento remoto (p. ej., mensajería) dirigido al cuidador	Incidencia y severidad/estado de LPP; escalas (Braden, EPUAP/NPUAP, PUSH)	Menor incidencia y menor severidad/estadio en intervención vs control durante el seguimiento
Chen et al., 2022	Cohorte nacional poblacional (real-world)	Sistema nacional / rehabilitación	18,971 (primer ACV)	Analizar asociación entre intensidad de rehabilitación	Exposición: alta vs baja intensidad de rehabilitación (implica movilización/función;	Riesgo/incidencia de UPP durante seguimiento	Mayor intensidad se asocia con menor riesgo; efecto destacado en mujeres y NIHSS alto



**Prevención de lesiones de úlceras por presión en pacientes con accidente cerebrovascular: Cuidados de enfermería dirigidos.**

García et. al.

				post-ACV y riesgo de UPP	relevante para prevención)		
Krishnan et al., 2022	Cohorte retrospectiva	Transición a SNF (cuidados post-agudos)	65,330 ( $\geq 65$ años) post-ACV	Describir LPP al ingreso SNF, factores asociados y manejo	Enfoque de "manejo documentado" (incluye reposicionamiento/plan de cuidados)	Prevalencia de LPP al ingreso; impacto en rehabilitación	11% ingresan con LPP; se asocia a mayor deterioro; se describe baja documentación/uso de reposicionamiento en quienes tienen LPP
Farid et al., 2022	Observacional transversal	Hospital terciario	120 pacientes con ACV	Estimar prevalencia de UPP y factores asociados (incluyendo brechas preventivas)	Identificación de factores modificables: superficies, reposicionamiento, higiene, nutrición/educación	Prevalencia, estadio y localización de UPP	8.3% con UPP; predominio sacro; se describen brechas en medidas preventivas reportadas
Gleeson, 2016	Evaluación no controlada	Sala aguda de ACV	7 pacientes (riesgo medio-alto)	Evaluar desempeño de un colchón de alivio de presión en sala de ACV	Superficie de soporte (colchón) + plan preventivo (incluye reposicionamiento)	Incidencia de UPP durante la observación	Reporta 0 UPP durante el periodo observado (uso promedio ~31 días)

**Nota:** La tabla presenta la matriz de extracción de datos de los estudios incluidos. Los desenlaces de interés se reportan según lo definido por cada estudio (incidencia/prevalencia de LPP/UPP, severidad/estadio, tasas por 1,000 días-paciente o riesgo medido por escalas como Braden), lo cual puede limitar la comparabilidad directa entre estudios.

**Fuente:** Elaborado por el autor.

## **DISCUSIÓN.**

Los hallazgos de esta revisión muestran que la LPP/UPP en el paciente con ACV es un evento frecuente y clínicamente relevante a lo largo del continuo asistencial (agudos–postagudos–domicilio), con variación según el entorno y el perfil de dependencia funcional(4, 24).

En hospital, la frecuencia reportada de UPP en una muestra de pacientes con ACV fue de 8.3%, acompañada de brechas preventivas como la baja disponibilidad/uso de colchón preventivo y reposicionamiento, lo que apunta a oportunidades de mejora en cuidados básicos y vigilancia sistemática liderada por enfermería(4).

En la transición a cuidados postagudos, el hallazgo de 11% de pacientes mayores con ACV que ingresan a SNF con LPP ya presente sugiere que el riesgo no solo se concentra intrahospitalariamente, sino que también se “arrastra” y potencialmente se incrementa durante el egreso y la continuidad del cuidado, donde la planificación de enfermería y la coordinación inter-niveles son críticas(24).

En términos de efectividad, la evidencia disponible favorece estrategias de enfermería de tipo programa/bundle, donde la estandarización de procesos (valoración, rondas de piel, auditoría y educación) se asocia con disminuciones sustantivas en tasas de lesiones adquiridas en el hospital(2)

La reducción de HAPI reportada tras implementar una estrategia estructurada basada en evidencia y rondas de piel refuerza que los componentes de implementación como entrenamiento, monitoreo y mejora de documentación, pueden ser tan determinantes como la intervención clínica aislada, especialmente en unidades con pacientes neurológicos dependientes(2).

Estos resultados son coherentes con la naturaleza multifactorial de la LPP/UPP en ACV (inmovilidad, alteraciones sensoriales, incontinencia, desnutrición, menor participación en autocuidado), lo que hace razonable que las intervenciones combinadas tengan mayor probabilidad de impacto que medidas únicas no sostenidas(2, 4).

En el periodo posalta, los estudios incluidos sugieren beneficios de intervenciones centradas en el cuidador y en la continuidad de cuidados mediante apoyo remoto(5, 22).

El ensayo clínico aleatorizado que aplicó un modelo de empoderamiento familiar con

telenursing reportó menor incidencia y menor severidad/estadio de LPP/UPP frente a educación rutinaria, lo que respalda que la educación reforzada y el seguimiento estructurado pueden traducirse en resultados clínicos medibles en casa(5).

De forma complementaria, el cuasi-experimental de entrenamiento a cuidadores mediante un marco conductual (PRECEDE–PROCEED) mostró mejoría de variables del cuidador y disminución del riesgo de LPP según Braden, lo que sugiere que intervenir el “entorno de cuidado” (competencias del cuidador, apoyo social y adherencia) es una vía plausible para reducir riesgo en sobrevivientes de ACV dependientes(22).

Un punto clave que emerge es que la prevención efectiva en ACV no debería interpretarse únicamente como “reposicionar”, sino como una estrategia integral que incluye movilidad/rehabilitación, vigilancia cutánea, superficies de soporte, control de humedad/incontinencia, nutrición, educación y seguimiento(2, 4, 12).

En esa línea, la asociación entre mayor intensidad de rehabilitación pos-ACV y menor riesgo de úlcera por presión aporta evidencia indirecta de que incrementar actividad/movilidad funcional cuando es clínicamente posible) es una intervención preventiva relevante que debe integrarse tempranamente al plan de cuidados de enfermería en coordinación con rehabilitación(12).

No obstante, dado el carácter observacional de esa cohorte, la relación debe interpretarse con cautela por posibles factores de confusión como la severidad del ACV, acceso a recursos, apoyo familiar, aunque la magnitud poblacional del estudio aumenta su valor para orientar políticas y prácticas clínicas(12).

La estratificación del riesgo aparece como otro eje de la prevención dirigida, ya que permite priorizar recursos (superficies, frecuencia de inspección, intensidad de educación al cuidador) en pacientes con mayor probabilidad de desarrollar LPP/UPP(6).

El nomograma desarrollado y validado con variables clínicas y funcionales mostró alto desempeño predictivo y superó a Braden en el contexto reportado, lo que sugiere que herramientas específicas para ACV , incluyendo albúmina, leucocitos y desempeño ADL, podrían complementar la valoración tradicional para afinar la toma de decisiones de enfermería(6).

Sin embargo, su aplicabilidad requiere validación externa en entornos distintos y análisis de impacto clínico, antes de recomendarlo como estándar operativo(6).

La evidencia más antigua incluida (2016) reportó ausencia de UPP durante el uso de un

colchón de alivio de presión en sala aguda de ACV en una muestra pequeña, lo que coincide con el principio de que las superficies de soporte son un componente importante del paquete preventivo(23).

Aun así, por su diseño no controlado y tamaño limitado, este resultado debe interpretarse como evidencia de factibilidad y señal de beneficio, más que como estimación robusta de efectividad, reforzando la necesidad de estudios comparativos más rigurosos en salas de ACV(23).

En conjunto, estos hallazgos apoyan una ruta preventiva centrada en enfermería que atraviese el proceso completo del paciente con ACV: Valoración de riesgo y piel desde el ingreso; implementación de bundle con auditoría en hospital; planificación del alta con educación al cuidador y criterios claros de seguimiento, y refuerzo mediante telenursing/entrenamiento estructurado en domicilio, con reevaluación periódica del riesgo(2, 5, 22).

La alta proporción de pacientes que llegan a SNF con LPP sugiere que el alta debe incluir comunicación explícita del riesgo y del plan preventivo (superficies, cambios posturales, control de humedad, nutrición y signos de alarma), para reducir la discontinuidad del cuidado entre niveles(24).

### **Limitaciones.**

Esta revisión presenta limitaciones derivadas de la heterogeneidad entre estudios como diseños, escenarios, métricas de desenlace y definiciones operativas, lo que reduce comparabilidad y dificulta realizar metaanálisis sin incurrir en sesgos por combinación inapropiada.

Asimismo, parte de la evidencia proviene de estudios observacionales, proyectos de mejora de calidad y cuasi-experimentos, que si bien son altamente útiles para práctica real, tienen mayor riesgo de sesgo de selección y confusión que los ensayos aleatorizados.

Finalmente, el número limitado de ensayos controlados específicamente en población ACV y con desenlace clínico de LPP/UPP subraya la necesidad de investigaciones futuras que comparen bundles estandarizados, educación estructurada a cuidadores y modelos de continuidad (incluido telenursing) con outcomes homogéneos y seguimiento suficiente.

### **CONCLUSION.**

La evidencia incluida indica que las LPP/UPP en pacientes con ACV son un problema

clínico frecuente a lo largo del continuo asistencial y potencialmente prevenible mediante cuidados de enfermería dirigidos. Los resultados sugieren que las estrategias más prometedoras combinan intervenciones multifactoriales y estandarizadas como la valoración de riesgo, vigilancia cutánea, reposicionamiento, superficies de soporte, educación y auditoría, especialmente cuando se implementan como programas liderados por enfermería en el entorno hospitalario. En el periodo post alta, intervenciones centradas en el cuidador, incluyendo educación estructurada y seguimiento remoto, se asocian con menor incidencia y severidad de lesiones, reforzando la importancia de la continuidad del cuidado. Además, herramientas predictivas específicas para ACV pueden apoyar la priorización de recursos preventivos, aunque requieren validación externa e impacto clínico antes de su adopción rutinaria..

## **REFERENCIAS.**

1. GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024; 23(10):973–1003.
2. McCray S, Donaldson A. Early Identification, Intervention, and Prevention of Hospital-Acquired Pressure Injuries Using a Nurse-Driven Pressure Injury Prevention Program. *Clin Nurse Spec.* 2024; 38(5):210–20.
3. Gefen A, Brienza DM, Cuddigan J, Haesler E, Kottner J. Our contemporary understanding of the aetiology of pressure ulcers/pressure injuries. *Int Wound J.* 2022; 19(3):692–704.
4. Farid J, Amin R, Sheikh MA, Irfan M, AlRuwaili R, Alruwaili M, et al. Prevalence and prediction of pressure ulcers in admitted stroke patients in a tertiary care hospital. *J Tissue Viability.* 2022; 31(4):768–75.
5. Fashaei F, Deldar K, Froutan R, Mazlom SR. Family-centred empowerment using telenursing on pressure injury incidence in post-discharge stroke patients. *J Wound Care.* 2024; 33(1):51–9.
6. Haiyan T, Quanzhen Z, Tingting L, Qing F, Yulei X, Zewei L, et al. Development and validation of a nomogram for pressure injury risk prediction in stroke patients: a retrospective cohort study. *Front Neurol.* 2025; 16:1593707.
7. Tang Y, Li X, Cheng H, Tan S, Ling Y, Ming W-K, et al. Braden score predicts 30-day mortality risk in patients with ischaemic stroke in the ICU: A retrospective analysis based on the MIMIC-IV database. *Nurs Crit Care.* 2025; 30(3):e13125.
8. Alshahrani B, Sim J, Middleton R. Nursing interventions for pressure injury prevention among critically ill patients: A systematic review. *J Clin Nurs.* 2021; 30(15–16):2151–68.
9. Asiri S. Turning and Repositioning Frequency to Prevent Hospital-Acquired Pressure

- Injuries Among Adult Patients: Systematic Review. Inquiry [Internet]. 2023; 60:00469580231215209. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10699153/>.
10. Chen B, Yang Y, Cai F, Zhu C, Lin S, Huang P, et al. Nutritional status as a predictor of the incidence of pressure injury in adults: A systematic review and meta-analysis. *J Tissue Viability*. 2023; 32(3):339–48.
  11. Rahman-Synthia SS, Kumar S, Boparai S, Gupta S, Mohtashim A, Ali D. Prophylactic use of silicone dressing to minimize pressure injuries: Systematic review and meta-analysis. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2023; 33(1):4–13.
  12. Chen Y-C, Chen T-L, Cheng C-C, Yang Y-C, Wang J-H, Yip H-T, et al. High-Intensity Post-Stroke Rehabilitation Is Associated with Lower Risk of Pressure Ulcer Development in Patients with Stroke: Real-World Evidence from a Nationwide, Population-Based Cohort Study. *Medicina (Kaunas)*. Kaunas, Lithuania; 2022; 58(3):402.
  13. Kandula UR. Impact of multifaceted interventions on pressure injury prevention: a systematic review. *BMC Nurs*. 2025; 24(1):11.
  14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ. Clinical research ed.*; 2021; 372:n71.
  15. Booth A, Clarke M, Dooley G, Gherzi D, Moher D, Petticrew M, et al. The nuts and bolts of PROSPERO: an international prospective register of systematic reviews. *Syst Rev*. 2012; 1:2.
  16. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ. Clinical research ed.*; 2019; 366:l4898.
  17. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ. Clinical research ed.*; 2016; 355:i4919.
  18. Hoy D, Brooks P, Woolf A, Blyth F, March L, Bain C, et al. Assessing risk of bias in prevalence studies: modification of an existing tool and evidence of interrater agreement. *J Clin Epidemiol*. 2012; 65(9):934–9.
  19. Wolff RF, Moons KGM, Riley RD, Whiting PF, Westwood M, Collins GS, et al. PROBAST: A Tool to Assess the Risk of Bias and Applicability of Prediction Model Studies. *Ann Intern Med*. 2019; 170(1):51–8.
  20. Campbell M, McKenzie JE, Sowden A, Katikireddi SV, Brennan SE, Ellis S, et al. Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline. *BMJ [Internet]*. British Medical Journal Publishing Group; 2020; 368:l6890. Available from: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.l6890>.
  21. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an



emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ. Clinical research ed.*; 2008; 336(7650):924–6.

22. Akçoban S, Tosun B, Prosen M. Quasi-Experimental Study of Caregiver Training Using the PRECEDE-PROCEED Model for Stroke Home Care. *Nurs Res.* 2025.
23. Gleeson D. Effectiveness of a pressure-relieving mattress in an acute stroke ward. *Br J Nurs.* Mark Allen Publishing; 2016; 25(20 Suppl):S34–8.
24. Krishnan S, Hong I, Couture G, Tzen Y-T, Reistetter T. Pressure Injury on Poststroke Admission Assessment to Skilled Nursing Facilities: Risk Factors, Management, and Impact on Rehabilitation. *J Am Med Dir Assoc.* 2022; 23(10):1718.e13-1718.e20.