

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FÍSICA SEVERA Y TOTAL LUEGO DE EVENTO CEREBROVASCULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014.

 TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN

 DEL TÍTULO DE MÉDICA Y MÉDICO

AUTORES: JESSICA ROCÍO CEME CAJAMARCA.

KARIN ALEXANDRA CLERQUE ROSILLO.

MAURICIO WILFRIDO TRELLES CORREA.

DIRECTOR: DR. MARCO ROBELINO OJEDA ORELLANA

TUTOR: DR. MARCO ROBELINO OJEDA ORELLANA

CUENCA – ECUADOR

2015

**RESUMEN**

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de dependencia física severa y total según el índice de Barthel en pacientes ingresados en el Hospital Vicente Corral Moscoso que han presentado evento cerebrovascular y su relación con los factores de riesgo (edad, sexo, HTA, diabetes, dislipidemia, antecedente familiar de ECV, fibrilación auricular), durante el periodo de un semestre del 2014.

**Metodología:** Estudio cuantitativo transversal, llevado a cabo en 73 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso por ECV en el periodo de un semestre en el año 2014; Los datos fueron recolectados mediante el empleo de un formulario para medir los factores de riesgo y la aplicación de la escala de Barthel en dos momentos, al ingreso y después de 3 meses del evento, para determinar el grado de dependencia física respectivamente, para ello previamente se firmó el consentimiento informado por parte del paciente o un familiar, en caso de no encontrarse mentalmente apto el paciente.

**Resultados:** La media de edad fue de 71,99 años ± 16,76 años, el sexo más afectado fue el femenino con el 67,1%; el tipo de ECV más frecuente fue el isquémico con el 67,1%; La valoración inicial (48 horas) de la dependencia física reveló que el 61,6% de la población presentó dependencia severa y el 35,6% dependencia total; tras la valoración a los 3 meses la dependencia moderada fue la más frecuente con el 63%; mientras que la dependencia total disminuyo hasta un 4,1% y el nivel severo en un 21,9%.El 72,6% de los pacientes recibieron rehabilitación, siendo este el grupo que mejor puntuó: es decir inicialmente el grupo que entro en rehabilitación presentó una media del Índice de Barthel de 30,38 puntos y tras la terapia de rehabilitación se ubicó en 73,77 puntos (t=-19,7 p=0,00). Ninguno de los factores se asoció estadísticamente (p>0,05) con los niveles de dependencia física.

**Conclusiones:** La dependencia física al momento del ECV es elevada, con una prevalencia del 61.2 % para dependencia física severa y 35.6% para dependencia física total, sin asociarse estadísticamente con ningún factor de riesgo. Esta dependencia se reduce progresivamente con el pasar del tiempo y la intervención con terapia demostró poseer un impacto importante en la recuperación.

DeCS: TRASTORNOS CEREBROVASCULARES, INFARTO CEREBRAL, ACTIVIDAD MOTORA, TERAPIA POR EJERCICIO.

**ABSTRACT**

**Objective:** To determine the prevalence of severe physical and total dependence, according to the Barthel index in patients admitted in the Vicente Corral Moscoso hospital which have presented stroke event and their relation with risk factors (age, sex, HTA, diabetes, dyslipidemia, family history of CVD, atrial fibrillation), during a period of one semester in 2014.

**Methodology:** Cross-sectional quantitative study, held in 73 patients admitted to the service of internal medicine of Vicente Corral Moscoso hospital for CVD in a period of one semester in the year of 2014; the data was collected through the use of a form for measuring the risk factors and applying the Barthel scale twice, at the entry and after three months of the event, to determine the physical dependence respectively, for this a consent was previously signed by the patient or a family member, in case of not being the patient mentally capable.

**Results:** The average age was of 71,99 years old ± 16,76 years, the most affected gender was the females with a 67,1%; the type of most frequent CVD was ischemic with a 67,1%; the initial assessment (48 hours) of the physical dependence revealed that the 61,6% of the population presented severe dependence and the 35,6% total dependence; after the assessment at 3 months, moderate dependence was the most frequent with 63%; while the total dependence decreased to 4,1% and the severe level in a 21,9%. 72,6% of the patients received rehabilitation, being this the group with better scores: in other words initially the group which entered into rehabilitation submitted an average of the Barthel index of 30,38 points and after the rehabilitation therapy it was located in 73,77 points (t=-19,7 p=0,00). None of the factors were statistically associated (p>0,05) with physical dependence levels.

**Conclusion:** The total physical and severe dependence are high at the time of the CVD, with a prevalence of 61.2 % forseverephysicaldependence and 35.6 % for total physicaldependence, withoutstatisticallyassociatedwithanyriskfactors .Thisdependenceisprogressivelyreducedwiththepassage of time and interventiontherapyproved to have a significantimpactontherecovery.

**Key words:** CEREBROVASCULAR DISORDERS, CEREBRAL INFARCTION, MOTOR ACTIVITY, EXERCISE THERAPY.

**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

**Contenido Página**

Resumen 2

Abstract 3

Capítulo I

1.1. Introducción 13

1.2. Planteamiento del problema 14

1.3. Justificación 15

Capítulo II

2. Fundamento teórico 17

Capítulo III

3. Objetivos 24

Capítulo IV

4. Diseño Metodológico 25

Capítulo V

5. Resultados 29

Capítulo VI

6. Discusión 41

Capítulo VII

7.1 Conclusiones 45

7.2 Recomendaciones 46

Capítulo VIII

8. Referencias bibliográficas 47

Capítulo IX

9. Anexos 51

Yo, **JESSICA ROCÍO CEME CAJAMARCA**, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FÍSICA SEVERA Y TOTAL LUEGO DE EVENTO CEREBROVASCULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014”,** reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 04 de Mayo de 2015



………………………………………………

Jessica Rocío Ceme Cajamarca

CI. 0106411440

Yo, **KARIN ALEXANDRA CLERQUE ROSILLO**, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FÍSICA SEVERA Y TOTAL LUEGO DE EVENTO CEREBROVASCULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014”,** reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 04 de Mayo de 2015



………………………………………………

Karin Alexandra Clerque Rosillo

CI. 0705928273

Yo, **MAURICIO WILFRIDO TRELLES CORREA**, autor de la tesis **“PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FÍSICA SEVERA Y TOTAL LUEGO DE EVENTO CEREBROVASCULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014”,** reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 04 de mayo de 2015



………………………………………………

Mauricio Wilfrido Trelles Correa

CI. 0704339407

Yo, **JESSICA ROCÍO CEME CAJAMARCA**, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FÍSICA SEVERA Y TOTAL LUEGO DE EVENTO CEREBROVASCULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014”,** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04 de Mayo de 2015



………………………………………………

Jessica Rocío Ceme Cajamarca

CI. 0106411440

Yo, **KARIN ALEXANDRA CLERQUE ROSILLO**, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FÍSICA SEVERA Y TOTAL LUEGO DE EVENTO CEREBROVASCULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014,** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04 de Mayo de 2015



………………………………………………

Karin Alexandra Clerque Rosillo

CI. 0705928273

Yo, **MAURICIO WILFRIDO TRELLES CORREA**, autor de la tesis **“PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FÍSICA SEVERA Y TOTAL LUEGO DE EVENTO CEREBROVASCULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014”,** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04 de mayo de 2015



………………………………………………

Mauricio Wilfrido Trelles Correa

CI. 0704339407

**AGRADECIMIENTO**

Al finalizar un trabajo tan duro y lleno de dificultades, debemos agradecer a Dios y de manera especial y sincera al Dr. Marco Ojeda Orellana por aceptarnos para realizar esta investigación bajo tu dirección y asesoría.

Su apoyo, paciencia, confianza y su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporto invaluable.

Agradecemos a Dios, a nuestro padres y demás de personas que participaron y lograron que esta investigación sea posible.

Jessica Ceme C

Karin Clerque R.

Mauricio Trelles C.

**DEDICATORIA**

Agradezco a Dios haberme guiado siempre y darme las fuerzas para seguir adelante, a mis padres Jorge y Nelly, a mi hermano John y a mi novio Paul por su apoyo en todo momento, su amor y ayuda en los momentos más difíciles, pero sobre todo a mi madre por brindarme todo el esfuerzo, sacrificio y apoyo incondicional, me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño y la perseverancia de seguir adelante.

Todo lo que soy te lo debo a ti, mil gracias.

**Jessica Ceme Cajamarca**

Porque gracias al cariño, guía e inmenso apoyo de mi madre Magdalena y mis hermanos, Carla y David, he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida de culminar mis estudios, por lo cual les viviré eternamente agradecida.

**Karin Clerque Rosillo**

A dios, a mis padres, mi esposa, familiares, instructores, amigos y compañeros de tesis que gracias a su incondicional apoyo moral y económico permitieron lograr este paso tan importante en mi carrera profesional... En especial a ti mamita bella, estoy seguro que desde el cielo estas feliz y orgullosa por este logro, sin ti nada de esto hubiese sido posible.

**Mauricio Trelles Correa**

**CAPITULO I**

**1.1. INTRODUCCIÓN**

El Evento Cerebro Vascular (ECV) se define como el desarrollo de signos clínicos de disturbios de la función cerebral secundarios a un proceso patológico en la circulación vascular sean estos de tipo isquémico o hemorrágico. (1) Actualmente se reconoce al síndrome metabólico como un importante factor de riesgo para eventos cardiovasculares adversos y mortalidad. (2) El principal factor de riesgo de los ECV es la edad, pero cuando la persona llega a la vejez con comorbilidades el riesgo se torna más grande. (3)

A nivel mundial, se estima que ocurren al menos 57 millones de defunciones debido a enfermedad cerebrovascular representando 5.5 millones del total de todas las defunciones. No obstante, en Latinoamérica, al igual que en el resto de los países del mundo el evento cerebrovascular representa una carga importante de salud pública, debido a que representan el tercer lugar en la carga de morbimortalidad, ocasionando el 10% de las muertes y causa un 50-70% de invalidez entre las personas que logran sobrevivir.(4)

Para poder medir el grado de dependencia que deja como secuela esta enfermedad en quienes la padecen, utilizaremos la escala de Barthel que es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. (5)

El test consta de 10 ítems que valoran la capacidad de ejecución asignándole un puntaje a cada actividad de acuerdo al grado de independencia del paciente para realizarla. La puntuación va de 0 a 100 puntos, con intervalos de 5 puntos, considerándose puntajes iguales o superiores a 60 puntos como un estado independiente.

Finalmente se realizó un análisis que nos permita conocer si existe o no una asociación entre el grado de dependencia física y los factores de riesgo que presenta cada paciente para el padecimiento de evento cerebrovascular como son la edad, el sexo, HTA, diabetes, dislipidemia, antecedente familiar de ECV, fibrilación auricular, ya que algunos de los mismos pueden ser modificables y ser tratados a tiempo para evitar de cierta manera este padecimiento y el impacto que causa en la calidad de vida del paciente, que repercute también en la familia y en la sociedad.

**1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El ECV constituye la primera causa de discapacidad y la segunda causa de muerte a nivel mundial. Un tercio de las mismas ocurren en países desarrollados y el resto en países en vías de desarrollo. (6) Se estima que unos 500.000 nuevos eventos cerebrovasculares se producen cada año en estados unidos, y la mayoría de los que sobreviven a dichos eventos sufren de discapacidad física permanente.

La incidencia calculada para América Latina varía entre 35 y 183/100.000, cifra menor a las reportadas en países de Europa y Asia. En Colombia el estudio realizado en Sabaneta-Antioquia, encontró una incidencia anual ajustada por edad y sexo de 88.9/100.000. (7) En el Ecuador los ECV corresponden a la tercera causa de mortalidad general. La incidencia aumenta drásticamente con la edad, duplicándose cada década después de 55 años de edad. (8)

Los cambios en el estilo de vida de una persona pueden tener efectos significativos en la prevención de los ECV. Individuos con aumentos moderados en varios factores pueden estar en mayor riesgo que individuos con niveles muy altos de un solo factor y es por esto muy importante que las intervenciones deben referirse a todos los factores de riesgo, ya que las medidas terapéuticas médicas y quirúrgicas no ofrecen una recuperación plena de las secuelas en muchos de los casos. (9)

Se evidencia que a la semana de padecer un ECV el 68 a 88% de los pacientes vivos presentan alguna discapacidad en las actividades de la vida diaria y la movilidad, a los seis meses el porcentaje de pacientes vivos que requieren algún tipo de asistencia es de 40 a 53% y al año de 33%. Alrededor del 30% a 40% de los supervivientes en el primer año después del accidente cerebrovascular no están en condiciones de volver a trabajar y requieren algún tipo de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria. Después del primer año la capacidad funcional se mantiene estable hasta alrededor del quinto año. (10)

Para disminuir la incidencia se realizan programas integrales de prevención, en donde se llevan a cabo controles periódicos, se analizan los factores de riesgo, se fomenta el ejercicio, se modifican hábitos alimenticios y se implementan acciones para dejar de fumar. (11)

En definitiva el ECV es reconocido como una de las principales causas de discapacidad en el adulto, siendo necesario conocer la asociación que existe entre los factores de riesgos, el tipo de ECV y el grado de discapacidad que estos producirían. Pese a que actualmente existen las herramientas necesarias para determinar dichas variables; como la escala de Barthel, que se está utilizando a nivel mundial para medir el grado de dependencia física, y el conocimiento de los factores de riesgos asociados a ECV; hasta el momento en la ciudad de Cuenca no se ha realizado un estudio que relacione estas variables, por lo tanto consideramos importante respondernos a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de dependencia severa y total según el índice de Barthel en pacientes post evento cerebrovascular y su relación con factores de riesgo durante el período de un semestre del 2014 en el Hospital Vicente Corral Moscoso?

**1.3 JUSTIFICACIÓN**

El Evento cerebrovascular (ECV) constituye un problema de salud mundial con tendencia creciente. Según datos de la OMS, el 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; y o deterioro cognitivo de diverso grado, siendo la segunda causa más frecuente de demencia.

La valoración de la función física es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación. Ante el impacto que el ECV tiene sobre la calidad de vida de las personas, es de suma importancia evaluar el estado funcional de cada paciente ante el riesgo de discapacidad. Los índices para medir el grado de dependencia física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica, especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que la de la población general. El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

El IB es un instrumento de gran utilidad en la rehabilitación, por su validez y fiabilidad, es fácil de aplicar y de interpretar. Su aplicación es de bajo costo y es útil para dar seguimiento a la evolución de los pacientes. Las molestias son escasas, pues requiere que el paciente realice algunas actividades básicas o bien que se le observe en su quehacer cotidiano siendo así una gran herramienta para diagnosticar el grado de dependencia.

Por todo lo expuesto es necesario reconocer los principales factores de riesgo asociados a un mayor grado de dependencia física para posteriormente ponerlos a disposición del personal médico y así poder intervenir oportunamente con medidas de prevención. Además de identificar qué tipos de ECV causan mayor grado de dependencia mediante la escala de Barthel y así determinar el nivel de dependencia y las áreas a las que se debe orientar el manejo de rehabilitación en la población que presenta ECV; para que de este modo las metas en rehabilitación sean propuestas de manera individual buscando dar la mayor mejoría posible de acuerdo a las necesidades encontradas y que así se logre una reintegración rápida dejando las menores secuelas posibles**.**

**CAPITULO II**

**2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

EVENTO CEREBROVASCULAR (ECV)

La Evento cerebrovascular es un problema grande de salud pública por su mortalidad y discapacidad secundaria. (12)La primera causa de mortalidad en el Ecuador en el año 2005 fue la debida a las enfermedades cerebro vasculares.(13)

La ECV, es el resultado final de un heterogéneo grupo de procesos patológicos que afectan los vasos sanguíneos del sistema nervioso, produciendo isquemia y alteración del metabolismo neuronal, y que tienen como presentación una amplia gama de síndromes, cada uno con sus características particulares. (14) El término proceso patológico hace referencia a la oclusión de la luz del vaso por trombos o émbolos, a la rotura y lesión o trastornos de la permeabilidad de la pared vascular, con aumento de la viscosidad u otros cambios en la sangre. (15)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado que afecta aproximadamente a 15 millones de personas al año, de las cuales un tercio fallece y otro tercio queda discapacitado de manera permanente. A nivel mundial, se estima que ocurren al menos 57 millones de defunciones debido a enfermedad cerebrovascular representando 5.5 millones del total de todas las defunciones. No obstante, en Latinoamérica, al igual que en el resto de los países del mundo la enfermedad cerebrovascular representa una carga importante de salud pública, debido a que representan el tercer lugar en la carga de morbimortalidad, ocasionando el 10% de las muertes y causa un 50-70% de invalidez entre las personas que logran sobrevivir.(4)

La incidencia de la enfermedad aumenta de manera exponencial conforme aumenta la edad, comprometiendo a 3 por cada 10.000 personas entre la tercera y la cuarta décadas de vida, hasta 300 de cada 1.000 personas entre la octava y la novena décadas de la vida. (16)

La incidencia anual de ECV en el conjunto de la población está en torno a los 35-65 casos por 100.000 habitantes en estudios comunitarios, encontrándose en un estudio “puerta a puerta” una incidencia de 280 casos por 100.000 al año.(17)

Se distinguen dos grandes grupos de lesiones vasculares; la enfermedad cerebrovascular isquémica y la hemorrágica. Las lesiones isquémicas representan el 80 – 85% de los casos. Pueden ser focales (por obstrucción arterial o venosa) o difusas (parada cardíaca, anoxia o hipoperfusión). También pueden clasificarse como trombóticas o embólicas.(18)

En cuanto a la etiología, aproximadamente el 50% de los ictus isquémicos son consecuencia de embolismos arterio-arteriales procedentes de placas de ateroma, el 20% son secundarias a émbolos procedentes del corazón, el 25% se deben a una vasculopatía de los pequeños vasos intracraneales y el 5% restante a otras enfermedades.

Algunos procesos fisiopatológicos pueden producir isquemia cerebral. La forma más frecuente es la enfermedad ateroesclerótica de grandes vasos, que puede estar localizada en el arco aórtico, en la bifurcación carotídea o en los vasos intracraneanos que causan trombosis local y embolia distal del coágulo. Este tipo de ECV se denomina embólico y constituye el ECV embólico arteria-arteria. El ictus causado por la trombosis in situ de los grandes vasos intracraneales se denomina ECV aterotrombótico. Si el gasto cardíaco o la presión arterial sistémica están por debajo de cierto umbral, la estenosis de un vaso intra o extracraneal puede producir un ECV por bajo flujo. A diferencia de la trombosis de los grandes vasos la oclusión trombótica de los vasos intra y extracraneales más pequeños constituye una causa frecuente de ECV y puede producir un síndrome lacunar. (19)

Muchos son los factores de riesgos que influyen en la presentación de ECV; pueden clasificarse como modificables y no modificables, o como factores biológicos, fisiológicos y dependientes del comportamiento del individuo. Dentro de ellos tenemos: edad, sexo, raza, antecedentes familiares de ECV, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardiaca, dislipidemias, etc. (20)

La edad avanzada es un factor de riesgo independiente de la patología vascular isquémica y hemorrágica. La incidencia aumenta a más del doble en cada década a partir de los 55 años. (21) Se ha observado que poblaciones afroamericanas tienen más incidencia de ECV en comparación con personas de raza blanca. El sexo masculino tiene mayor asociación como factor de riesgo para ECV que el sexo femenino denotándose un riesgo de 1.25 veces mayor, ya que los estrógenos se convierten en un factor protector en las mujeres. En el estudio de Framingham se demostró un aumento de 1,5 veces de padecer ECV en personas cuyos padres o uno de ellos sufrieron ECV en comparación de aquellas personas con padres que no tuvieron esta patología. (20)

Uno de los principales factores de riesgo, e incluso para algunos autores el principal factor de riesgo, es la Hipertensión Arterial, se ha demostrado que una personas hipertensa tiene entre 3-5 veces mayor probabilidades de tener un ECV; en el estudio INDIANA se demostró que se reduce entre el 20-40% de probabilidades de padecer ECV al bajar entre 5-6 mmHg en la PAD.(21) La HTA se encuentra en más del 70% de pacientes con ECV. (22) La diabetes es otro factor de riesgo importante encontrándose en el 30% de los pacientes con ECV incrementando el riesgo entre 1.8 a 3 veces; la concurrencia de diabetes mellitus más HTA aumenta el riesgo de ECV hasta 12 a 15 veces en relación con la población sin estos factores.(20)

El 15-20% de los ECV son de origen cardioembólicos, representando la Fibrilación Auricular casi el 50% de todos los casos, demostrado mediante el estudio Framingham con un incremento de 5 veces en pacientes con FA no valvular, e incluso hasta un aumento de 20 veces en pacientes con FA más patología valvular.(22)

Las dislipidemias tienen un fuerte poder de asociación para padecer enfermedades cardiacas, sobretodo la enfermedad coronaria, lo que incrementa la probabilidad de ECV.(20)

Para un adecuado diagnóstico es sumamente importante una adecuada historia clínica, orientada tanto en determinar los factores de riesgo como en evidenciar oportunamente los signos de alarma de un ECV; estos signos de alarma son: a) debilidad o entumecimiento súbito en un lado del cuerpo, cara, miembros superiores o inferiores, b) dificultad para hablar o entender lo que se habla, c) visión borrosa o disminución de la visión en uno o ambos ojos, d) cefalea súbita e intensa, e) perdida inexplicable del balance del cuerpo o la estabilidad, mareo o vértigo; una adecuada enfermedad actual y un examen neurológico apropiado permitirán guiarnos hacia la etiología y tipo de ECV. (20)

Para el diagnóstico de ECV la Tomografía axial computarizada (TAC) cerebral simple, es el método más eficaz, rápido y de bajo costo para el estudio de una ECV en el servicio de urgencias. Busca detectar esencialmente hemorragia cerebral (tiene sensibilidad de 100% para hemorragia intracerebral y de 96% para Hemorragia Subaracnoidea), o la presencia de signos radiológicos tempranos que sugieran evento isquémico extenso en evolución. En etapas muy tempranas de una ECV isquémica es frecuente que la TAC sea normal, como también es posible encontrar anomalías en isquemias cerebrales transitorias. (22)

La Resonancia Magnética Nuclear es probablemente más sensible que el TAC para detectar el ACV, particularmente el infarto lacunar y en fosa posterior. La RMN puede ayudar a diagnosticar la hemorragia intracerebral meses o años después del suceso cuando el TAC muestra una sola área hipodensa indistinguible de un infarto. Pero el TAC permanece como la principal técnica en pacientes con ACV. (23)

Los tipos y grados de discapacidad que resultan de un ECV dependen del área del cerebro que ha sido dañada. La parálisis es una de las discapacidades más comunes que resulta de un ECV. Un daño en el cerebelo puede afectar la habilidad del cuerpo para coordinar el movimiento, es decir, ataxia, que conduce a problemas con la postura corporal, el caminar y el equilibrio.

Los pacientes que han sufrido un ECV pueden perder su habilidad de sentir cuando los tocan, o la capacidad de percibir el dolor, la temperatura, o la posición. La falta de sensibilidad también puede entorpecer la habilidad de los pacientes de reconocer los objetos que sostienen y puede ser tan severa que hace que el paciente no reconozca su propia extremidad. Los pacientes que tienen un brazo seriamente debilitado o paralizado a menudo sienten un dolor de moderado a severo que se extiende del hombro hacia la porción distal y a menudo resulta de la inmovilidad de una articulación debida a la falta de movimiento y a que los tendones y ligamentos alrededor de la articulación se fijan en una sola posición.

La pérdida de continencia urinaria es bastante común y a menudo resulta de una combinación del déficit sensorial y el motriz. Por lo menos un cuarto de todos los pacientes con ECV sufren de algún deterioro en el lenguaje, un daño en el centro de broca, causa la afasia expresiva y tienen dificultad para expresar su pensamiento a través de las palabras o por escrito. En comparación, el daño al área de Wernicke resulta en una afasia receptiva, tienen dificultad para comprender el idioma hablado o escrito y a menudo tienen un habla incoherente, puede dañar áreas del cerebro que son responsables de la memoria, el aprendizaje, y el discernimiento.

La depresión clínica es el trastorno emocional más común, como respuesta natural al trauma psicológico. Algunas perturbaciones emocionales y cambios de personalidad son el resultado de los efectos físicos del daño cerebral. (24)

Las escalas para el ECV existen principalmente como resultado de estudios clínicos y su existencia refleja la heterogeneidad del estado neurológico de los pacientes; pero plantean dificultades en el pronóstico con respecto a la incapacidad y el déficit neurológico.

El Índice de Barthel (IB) es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

El IB fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes. El IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. (5)

Las primeras referencias al IB en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones. En la actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las AVD.

Las AVD 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. (25)

El IB aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

La puntuación total varía entre 0 y 100 (90 para paciente imitados en silla de ruedas). No es una escala continua, lo cual significa que una variación de 5 puntos en la zona alta de puntuación (más cerca de la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (más cerca de la dependencia). (26)

Para una mejor interpretación sus resultados globales se han agrupado en cuatro categorías de dependencia:

|  |  |
| --- | --- |
| 0 - 20:  | Dependencia total |
| 21 – 60:  | Dependencia severa |
| 61 – 90: | Dependencia moderada |
| 91 – 99: | Dependencia escasa |
| 100: | Independencia |

Se ha realizado estudios en los que se ha usado el IB para evaluar la capacidad funcional de pacientes con dependencia, especialmente con evento cerebro vascular (ECV). Se ha utilizado para estimar la necesidad de cuidados personales y organizar mejor los servicios de ayuda a domicilio, y como parte del protocolo de valoración geriátrica. Ha sido maneada como criterio de eficacia de los tratamientos y actuaciones de los profesionales sanitarios, y como referencia para estudiar las características de nuevas medidas.

**CAPITULO III**

**3. OBJETIVOS**

**3.1 Objetivo general**

Determinar la prevalencia de dependencia física severa y total según la escala de Barthel en pacientes ingresados en el Hospital Vicente Corral Moscoso que han presentado evento cerebrovascular y su relación con los factores de riesgo (edad, sexo, HTA, diabetes, dislipidemia, antecedente familiar de ECV, fibrilación auricular), durante el periodo de un semestre del 2014.

**3.2 Objetivos específicos**

1. Determinar las características sociodemográficas como edad, sexo, procedencia, estado civil, ocupación.
2. Determinar los grados de dependencia física según el índice de Barthel al momento del ECV y a los 3 meses del mismo.
3. Comparar los valores obtenidos mediante el índice de Barthel al momento del ECV y a los 3 meses del evento.
4. Determinar los factores de riesgo (edad, sexo, HTA, diabetes, dislipidemia, antecedente familiar de ECV, fibrilación auricular) asociados al ECV.
5. Determinar el grado de asociación que tiene cada factor de riesgo del ECV con el nivel de dependencia del Índice de Barthel.

**CAPITULO IV**

**4. DISEÑO METODOLÓGICO**

**4.1 Tipo de estudio**

El estudio que se llevó a cabo fue de tipo cuantitativo, transversal de prevalencia.

**4.2 Área de estudio**

El estudio se realizó en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca.

**4.3 Universo de estudio**

Lo constituyeron todos los pacientes que fueron ingresados con diagnóstico de Evento Cerebrovascular en el servicio de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión durante el periodo de un semestre del 2014; la cantidad total fue de 73 pacientes.

**4.4 Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de inclusión que se usaron en este estudio fueron:

1. Paciente con diagnóstico de ECV de cualquier tipo que acuda al HVCM en las primeras 24 horas de aparición de la patología.
2. Pacientes mayores de 20 años.
3. Pacientes (familiar) que hayan leído y firmado el consentimiento informado previamente entregado.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Pacientes con diagnóstico de discapacidad previa a la presentación del ECV.
2. Pacientes con antecedentes de ECV previos.
3. Pacientes con antecedentes de enfermedades psiquiátricas.
4. Pacientes con antecedentes de enfermedades reumáticas.

**4.5 Variables en estudio**

ANEXO 4

**4.6 Recolección de datos**

Los datos sociodemográficos y factores de riesgo fueron obtenidos por medio de las historias clínicas de pacientes en los que su diagnóstico de ingreso haya sido Evento Cerebrovascular. Los pacientes seleccionados fueron evaluados mediante la aplicación del Índice de Barthel (Anexo 1), a través de un interrogatorio, en las primeras 48 horas de su ingreso, previa información y firma del consentimiento informado (Anexo 3) por el paciente o familiar en caso de que el paciente no se encontró mentalmente apto para hacerlo.

Estos datos fueron registrados en un formulario de recolección de datos (Anexo 2) individual para cada paciente. Posteriormente se realizó un segundo control a los 3 meses de iniciada la enfermedad, con visita al paciente en su residencia, a fin de establecer si persistía limitación en las actividades de la vida diaria, luego de haber recibido o no terapia de rehabilitación.

Finalmente se compararon los puntajes obtenidos en cada aplicación de la escala, con la finalidad de determinar si existe recuperación física y medir el grado de dependencia como secuela**.**

**4.7 Instrumentos**

**4.7.1 Índice de Barthel**

Es una escala de evaluación funcional que mide la capacidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria luego de haber presentado un cuadro de ECV. Las actividades de la vida diaria comprenden actividades personales como alimentación, desplazamiento, el baño, vestimenta, control anal y vesical, manejo del inodoro y subir escaleras.

El test consta de 10 items que valoran la capacidad de ejecución asignándole un puntaje a cada actividad de acuerdo al grado de independencia del paciente para realizarla. La puntuación va de 0 a 100 puntos, con intervalos de 5 puntos, considerándose puntajes iguales o superiores a 60 puntos como un estado independiente. Este instrumento es útil para evaluar la secuela motora de pacientes con EVC, ya que evaluando su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria podemos notar las limitaciones físicas que posee el paciente. Asimismo, es posible valorar la recuperación funcional (física) de estos pacientes comparando los puntajes encontrados en dos momentos diferentes de medición (antes y después de ser sometidos a terapia física). (ANEXO 1)

**4.8 Unidad de análisis y observación**

La unidad de análisis la constituyeron los pacientes con Evento Cerebrovascular. La observación la conforman el grado de Barthel y los factores de riesgo presentes.

**4.9 Manejo bioético de los datos**

El presente estudio estuvo dirigido en un interrogatorio al paciente o familiar sobre 10 actividades básicas de la labor diaria del paciente. Los datos de paciente fueron tomados de la historia clínica realizada en el área de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso. Se garantizó que no se utilizaron los nombres de los pacientes ni los nombres de los médicos tratantes en el registro de la información, para ello se empleó el número de la historia clínica el mismo que no figuró en la base de datos, asegurándose de esta manera la confidencialidad y el manejo ético profesional.

La participación en el proyecto de investigación fue de forma voluntaria con la aceptación del consentimiento informado, previa entrega a cada paciente; lo cual quedó registrado como aceptación con la debida firma del paciente. Pacientes que no se encontraron mentalmente aptos para firmar el consentimiento, se lo solicitó a un familiar.

En el estudio no se aplicó procedimientos invasivos, ni tampoco ningún tratamiento, por lo que no aplica el monitoreo de probables efectos adversos.

Se aseguró la confidencialidad de la información obtenida. El acceso de los registros del estudio solo fue permitido a los investigadores del campo y al Comité de Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas.

**4.10 Plan de análisis de datos**

Para el análisis de los datos se elaboró una base de datos mediante el empleo del programa SPSS. Se realizaron una tabla basal en donde se muestre las características generales de la población de estudio para de ello obtener la media y el desvío estándar. Se emplearon tablas de 2 por 2 para el análisis de los resultados en donde se relacionaron los factores de riesgo con los grados de dependencia a través de la razón de prevalencia, el intervalo de confianza 95% y el valor de p.

**CAPITULO V**

**5. RESULTADOS**

**5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO**

El estudio incluyó 73 pacientes diagnosticados con ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca y tras cumplir con criterios de inclusión se valoró la dependencia funcional en las primeras 48 horas del ingreso y posteriormente a los 3 meses tras el evento se valoró nuevamente la dependencia, no se encontraron dificultades en la recolección y validación de la información y el análisis de ésta se presenta a continuación:

**5.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN**

Tabla 1. Distribución de 73 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso según características demográficas. Cuenca, 2015.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Característica** | **n=73** | **%=100** |
| Edad\* | <= 30 años | 1 | 1,4 |
| 31 - 45 años | 6 | 8,2 |
| 46 - 60 años | 7 | 9,6 |
| Mayor a 60 años | 59 | **80,8** |
| Sexo | Femenino | 49 | **67,1** |
| Masculino | 24 | 32,9 |
| Etnia | Mestiza | 72 | **98,6** |
| Afroamericana | 1 | 1,4 |
| Estado civil | Casado/a | 47 | **64,4** |
| Unión libre | 9 | 12,3 |
| Viudo/a | 15 | 20,5 |
| Soltero/a | 2 | 2,7 |

\* Media: 71,99 años. Desviación estándar: 16,76 años

Mínimo: 29 años. Máximo: 95 años

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

La media de edad de presentación de ECV se ubicó en 71,99 años siendo el grupo más afectado el de mayor edad; las mujeres presentaron mayores frecuencia de ECV con el 67,1%; en lo que respecta a la etnia únicamente se determinó un caso de etnia afroamericano y el estado civil prevalente fue el casado/a con el 64,4% de los casos.

**5.3 TIPO DE ECV**

Gráfico 1. Distribución de 73 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso según características demográficas. Cuenca, 2015.

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

El tipo de ECV isquémico fue el más frecuente, abarcando el 67,1% de los casos.

**5.4 VALORACIÓN DE DEPENDENCIA FÍSICA**

Tabla 2. Distribución de 73 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso según valoración de dependencia funcional. Cuenca, 2015.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Índice de Barthel** | **n=73** | **%=100** |
| BASAL | Dependencia total | 26 | 35,6 |
| Dependencia severa | 45 | 61,6 |
| Dependencia moderada | 2 | 2,7 |
| A LOS 3 MESES | Dependencia total | 3 | 4,1 |
| Dependencia severa | 16 | 21,9 |
| Dependencia moderada | 46 | 63,0 |
| Dependencia escasa | 3 | 4,1 |
| Independencia | 5 | 6,8 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

La dependencia basal ( a las 48 horas tras el ingreso) la dependencia severa alcanzó un 61,6% convirtiéndose en el nivel de dependencia más frecuente inicialmente; mientras que en la valoración a los 3 meses tras el evento el nivel de dependencia moderada fue la más frecuente con el 63%; la dependencia severa disminuyó su porcentaje hasta un 21,9%.

**5.5 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO**

Tabla 3. Distribución de 73 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso según factores de riesgo. Cuenca, 2015.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Factor de riesgo** | **Frecuencia** | **Porcentaje** |
| HTA | 46 | 46 | 63 |
| Fibrilación auricular | 9 | 9 | 12,3 |
| Diabetes | 9 | 9 | 12,3 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

La prevalencia de los factores de riesgo fue variable siendo el de mayor presentación la HTA con una frecuencia del 63% en la población con ECV; seguida de la diabetes y fibrilación auricular con un 12,3% cada uno de estos factores; no se presentaron casos con antecedentes de ECV en padres del paciente; tampoco casos de dislipidemia.

**5.5 TERAPIA DE REHABILITACIÓN**

Tabla 4. Distribución de 73 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso según terapia de rehabilitación. Cuenca, 2015.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Terapia | Frecuencia | Porcentaje |
| No | 20 | 27,4 |
| Si | 53 | **72,6** |
| Total | 73 | 100,0 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

Tras la valoración de la asistencia a rehabilitación o terapia física se detectó que el 27,4% de la población no asistió a este tratamiento.

**5.6 ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO Y TIPO DE ECV**

**5.6.1 ECV y factores demográficos**

Tabla 5. Distribución de 73 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso según ECV y factores demográficos. Cuenca, 2015.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Factor | Tipo de ECV | X2 | p |
| ECV Isquémico | ECV hemorrágico |
| n | % | n | % |
| Edad |  |  |  |  |  |  |
| <= 30 años | 0 | 0 | 1 | 100 | 2,84 | 0,41 |
| 31 - 45 años | 5 | 83,3 | 1 | 16,7 |
| 46 - 60 años | 5 | 71,4 | 2 | 28,6 |
| Mayor a 60 años | 39 | 66,1 | 20 | 33,9 |
| Sexo |  |  |  |  |  |  |
| Femenino | 33 | 67,3 | 16 | 32,7 | 0,003 | 0,95 |
| Masculino | 16 | 66,7 | 8 | 33,3 |
| Estado civil |  |  |  |  |  |  |
| Casado/a | 35 | 74,5 | 12 | 25,5 | 7,33 | 0,062 |
| Unión libre | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 |
| Viudo/a | 10 | 66,7 | 5 | 33,3 |
| Soltero/a | 0 | 0 | 2 | 100 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

Los factores demográficos que hemos estudiado no se asocian con el tipo de ECV; en la mayoría de los casos en todos los grupos de estudio el tipo isquémico fue el más frecuente con excepción del grupo de pacientes más jóvenes y en unión libre donde el tipo hemorrágico fue el más frecuente.

**5.6.2 ECV y factores de riesgo**

Según la tabla 3 los factores antecedente familiar de ECV y dislipidemia presentaron frecuencia=0; por lo que se excluyen en el siguiente análisis.

Tabla 6. Distribución de 73 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso según factores de riesgo y tipo de ECV. Cuenca, 2015.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Factor | ECV | RP (IC 95%) | p |
| Isquémico | Hemorrágico |
| n | % | n | % |
| HTA |  |  |  |  |  |  |
| Presente | 28 | 60,9 | 18 | 39,1 | 0,7 (0,5-1,06) | 0,13 |
| Ausente | 21 | 77,8 | 6 | 22,2 |   |   |
| Fibrilación auricular |  |  |  |  |  |
| Presente | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | 1,3 (1-1,8) | 0,137 |
| Ausente | 41 | 64,1 | 23 | 35,9 |   |   |
| Diabetes |  |  |  |  |  |  |
| Presente | 6 | 66,7 | 3 | 33,3 | 0,9 (0,6-1,6) | 0,97 |
| Ausente | 43 | 67,2 | 21 | 32,8 |   |   |

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

En la población que poseía el antecedente de HTA el ECV más prevalente fue el isquémico con el 60,9% de los casos; esta situación también se vio replicada en la población con antecedentes de fibrilación auricular con el 88,9% y en la población diabética con el 66,7%; es decir el ECV isquémico fue el más frecuente en la población que presentó diferentes factores de riesgo; sin embargo analizando la significancia estadística; ningún factor de riesgo se lo puede considerar de impacto en esta población (p>0,05).

**5.7 DEPENDENCIA FÍSICA SEGÚN VARIABLES DEMOGRÁFICAS**

Se excluye la variable etnia, pues la distribución mostro un único caso de etnia diferente a la mestiza.

**5.7.1 Valoración basal**

Tabla 7. Distribución de 73 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso según dependencia y factores demográficos. Cuenca, 2015.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Factor | Dependencia física (Basal) | X2 | p |
| Total | Severa | Moderada |
| n | % | n | % | n | % |
| Edad |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <= 30 años | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 14,58 | 0,024 |
| 31 - 45 años | 1 | 16,7 | 4 | 66,7 | 1 | 16,7 |
| 46 - 60 años | 0 | 0 | 6 | 85,7 | 1 | 14,3 |
| Mayor a 60 años | 25 | 42,4 | 34 | 57,6 | 0 | 0 |
| Sexo |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Femenino | 19 | 38,8 | 28 | 57,1 | 2 | 4,1 | 1,88 | 0,38 |
| Masculino | 7 | 29,2 | 17 | 70,8 | 0 | 0 |
| Estado civil |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Casado/a | 16 | 34 | 30 | 63,8 | 1 | 2,1 | 4,23 | 0,64 |
| Unión libre | 2 | 22,2 | 6 | 66,7 | 1 | 11,1 |
| Viudo/a | 7 | 46,7 | 8 | 53,3 | 0 | 0 |
| Soltero/a | 1 | 50 | 1 | 50 | 0 | 0 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

Inicialmente, los pacientes mayores de 80 años presentaron las mayores frecuencias de dependencia total con el 42,4%; mientras que la población de entre 46 y 60 años el 85,7% presentó dependencia severa; el sexo femenino presentó la mayor frecuencia de dependencia total; mientras que el sexo masculino puntuó más bajo y presentó más frecuencia de dependencia severa; los pacientes casados y en unión libre presentaron frecuencias elevadas de dependencia severa; estadísticamente únicamente la edad se asocia con los niveles de dependencia (p<0,05).

**5.7.2 Valoración a los 3 meses**

Se excluye la variable etnia, pues la distribución mostro un único caso de etnia diferente a la mestiza.

Tabla 8. Distribución de 73 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso según dependencia a los 3 meses y factores demográficos. Cuenca, 2015.

|  |  |
| --- | --- |
| Factor | Dependencia física (Valoración a los 3 meses) |
| Total | Severa | Moderada | Escasa | Independiente |
| n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Edad\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <= 30 años | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 |
| 31 - 45 años | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 16,7 | 2 | 33,3 | 3 | 50 |
| 46 - 60 años | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 85,7 | 0 | 0 | 1 | 14,3 |
| Mayor a 60 años | 3 | 5,1 | 16 | 27,1 | 39 | 66,1 | 1 | 1,7 | 0 | 0 |
| Sexo\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Femenino | 3 | 6,1 | 14 | 28,2 | 25 | 51 | 3 | 6,1 | 4 | 8,2 |
| Masculino | 0 | 0 | 2 | 8,3 | 21 | 87,5 | 0 | 0 | 1 | 4,2 |
| Estado civil\*\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Casado/a | 1 | 2,1 | 9 | 19,1 | 32 | 68,1 | 2 | 4,3 | 3 | 6,4 |
| Unión libre | 0 | 0 | 2 | 22,2 | 5 | 55,6 | 1 | 11,1 | 1 | 11,1 |
| Viudo/a | 2 | 13,3 | 4 | 26,7 | 9 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Soltero/a | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 50 |

\* X2= 55,06 p=0,00

\*\* X2= 9,7 p=0,04

\*\*\*X2= 15,09 p=0,23

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

Se puede evidenciar que en la valoración a los 3 meses la frecuencia de niveles total y severo de dependencia física han disminuido; por ejemplo en las edades de menores a 30 años hasta los 60 años no se registran casos de estos niveles de dependencia; el sexo femenino presentó un 6,1% de dependencia total y los pacientes viudos con el 13,3% fueron los más afectados con este nivel de dependencia; estadísticamente la edad y el sexo se asociaron con los niveles de dependencia tras 3 meses del evento.

**5.8 DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN FACTORES DE RIESGO**

Se excluyen las variables: antecedente de ECV en el padre y/o la madre y la dislipidemia por presentar frecuencia=0.

**5.8.1 Valoración basal**

Tabla 9. Distribución de 73 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso según dependencia y factores de riesgo. Cuenca, 2015.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Factor | Dependencia física (Valoración basal) | X2 | p |
| Total | Severa | Moderada |
| n | % | n | % | n | % |
| HTA |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Presente | 19 | 41,3 | 26 | 56,5 | 1 | 2,2 | 1,8 | 0,4 |
| Ausente | 7 | 25,9 | 19 | 70,4 | 1 | 3,7 |   |   |
| Fibrilación auricular |  |  |  |  |  |  |  |
| Presente | 3 | 33,3 | 6 | 66,7 | 0 | 0 | 0,33 | 0,8 |
| Ausente | 23 | 35,9 | 39 | 60,9 | 2 | 3,1 |   |   |
| Diabetes |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Presente | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 | 0 | 0 | 0,56 | 0,75 |
| Ausente | 22 | 34,4 | 40 | 62,5 | 2 | 3,1 |   |   |

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

Se puede observar que poseer los factores de riesgo en mención no altera estadísticamente la presentación de un determinado nivel de dependencia (p>0,05); en la población hipertensa la dependencia total fue elevada con un 41,3% superada únicamente por los pacientes diabéticos que presentaron un 44,4% de dependencia total; mientras que la dependencia moderada (la de menor nivel en esta valoración) se presentó en un 3,7% en la población sin HTA siendo este valor el más elevado en este nivel de dependencia.

**5.8.1 Valoración a los 3 meses**

Tabla 10. Distribución de 73 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso según dependencia a los 3 meses y factores de riesgo. Cuenca, 2015.

|  |  |
| --- | --- |
| Factor | Dependencia física (Valoración a los 3 meses) |
| Total | Severa | Moderada | Escasa | Independiente |
| n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| HTA\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Presente | 2 | 4,3 | 14 | 30,4 | 28 | 60,9 | 1 | 2,2 | 1 | 2,2 |
| Ausente | 1 | 3,7 | 2 | 7,4 | 18 | 66,7 | 2 | 7,4 | 4 | 14,8 |
| Fibrilación auricular\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Presente | 0 | 0 | 2 | 22,2 | 5 | 55,6 | 1 | 11,1 | 1 | 11,1 |
| Ausente | 3 | 4,7 | 17 | 21,9 | 41 | 64,1 | 2 | 3,1 | 4 | 6,3 |
| Diabetes\*\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Presente | 1 | 11,1 | 5 | 55,6 | 3 | 33,3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ausente | 2 | 3,1 | 11 | 17,2 | 43 | 67,2 | 3 | 4,7 | 5 | 7,8 |

\* X2= 9,32 p=0,053

\*\* X2= 2,01 p=0,73

\*\*\*X2= 9,08 p=0,059

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

Ninguno de los factores que hemos analizado se asoció significativamente a la presentación de niveles de dependencia física en esta población; destacando que a los 3 meses los pacientes hipertensos aun presentan niveles de dependencia total con un 4,3% y esta realidad es más marcada en los pacientes diabéticos con el 11,1%; la independencia física fue mayor en los pacientes con fibrilación auricular pues el 11,1% de éstos últimos la presentó.

**5.9 TIPO DE ECV Y FACTORES DE RIESGO**

**5.9.1 ECV y factores demográficos**

Tabla 11. Distribución de 73 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso según ECV y factores demográficos. Cuenca, 2015.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Factor | Tipo de ECV | X2 | p |
| ECV Isquémico | ECV hemorrágico |
| n | % | n | % |
| Edad |  |  |  |  |  |  |
| <= 30 años | 0 | 0 | 1 | 100 | 2,84 | 0,41 |
| 31 - 45 años | 5 | 83,3 | 1 | 16,7 |
| 46 - 60 años | 5 | 71,4 | 2 | 28,6 |
| Mayor a 60 años | 39 | 66,1 | 20 | 33,9 |
| Sexo |  |  |  |  |  |  |
| Femenino | 33 | 67,3 | 16 | 32,7 | 0,003 | 0,95 |
| Masculino | 16 | 66,7 | 8 | 33,3 |
| Estado civil |  |  |  |  |  |  |
| Casado/a | 35 | 74,5 | 12 | 25,5 | 7,33 | 0,062 |
| Unión libre | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 |
| Viudo/a | 10 | 66,7 | 5 | 33,3 |
| Soltero/a | 0 | 0 | 2 | 100 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

Los factores demográficos que hemos estudiado no se asocian con el tipo de ECV; en la mayoría de los casos en todos los grupos de estudio el tipo isquémico fue el más frecuente con excepción del grupo de pacientes más jóvenes y en unión libre donde el tipo hemorrágico fue el más frecuente.

**5.10 ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA TERAPIA FÍSICA EN LA DEPENDENCIA FUNCIONAL**

**5.10.1 Análisis cualitativo**

Tabla 12. Distribución de 20 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso que no recibieron terapia física según niveles de según ECV y factores demográficos. Cuenca, 2015.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Valoraciones | Dependencia | p |
| Total | Severa | Moderada | Escasa | Independencia |
| n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Basal |  |
| Grupo que no asistirá a terapia | 7 (35%) | 11 (55%) | 2 (10%) | 0 | 0 | 0,06 |
| Grupo que asistirá a terapia | 19 (35,8%) | 34 (64,2%) | 0 | 0 | 0 |   |
| A los 3 meses |  |
| Grupo que no asistió a terapia | 2 (10%) | 5 (25%) | 12 (60%) | 0 | 1 (5%) | 0,44 |
| Grupo que sí asistió a terapia | 1 (1,9%) | 11 (20,8%) | 34 (64,2%) | 3 (5,7%) | 4 (7,5%) |   |

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

Analizando los grupos: 1. Que recibió terapia y el grupo 2. El que no recibió terapia encontramos que en la valoración inicial (basal) se existen diferencias estadísticamente significativas (p<0,05); estas diferencias básicamente se encuentran en el nivel de dependencia severa donde es mayor en el grupo que asistirá posteriormente a terapia (64,2%) mientras que en el grupo que no asistirá a terapia fue de un 55%; tras la valoración a los 3 meses las diferencias entre los grupos no fueron estadísticamente significativas (p>0,05); evidenciándose la mayor diferencia en el grupo de los siguientes niveles dependencia total 10% en el grupo sin terapia y 1,9% en el grupo con terapia; es decir la terapia disminuye drásticamente los mayores niveles de dependencia; los niveles de independencia aumentaron en el grupo que recibió terapia de un 0% (basal) a un 7,5% tras la terapia; mientras que en el grupo sin terapia vario de un 0% a un 5%.

**5.10.2 Análisis cuantitativo**

Tabla 13. Distribución de 20 pacientes diagnosticados de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso que no recibieron terapia física según niveles de según ECV y factores demográficos. Cuenca, 2015.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Grupo | Valoración | Media | N | DE | EM | Dif. Media | t | p |
| Pacientes sin rehabilitación | Basal | 31 | 20 | 17,5 | 3,93 | -32 | -8,28 | 0.00 |
| 3 meses | 63 | 20 | 22,26 | 4,9 |
| Pacientes con rehabilitación | Basal | 30,38 | 53 | 13,65 | 1,87 | -43 | -19,7 | 0.00 |
| 3 meses | 73,77 | 53 | 17,42 | 2,3 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realización: Cerme J, Clerque K, Trelles M.

Se analizan las medias de los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Barthel; se puede evidenciar que a diferencia de la valoración cualitativa, en los puntajes se observan diferencias significativas en los puntajes, por ejemplo en el grupo que recibió terapia inicialmente poseía una media de 30,38 puntos y tras 3 meses de terapia este puntaje ascendió a 73,77% (se podría decir que existió un aumento del puntaje en más del 100%); en el grupo que no recibió terapia también existe mejoría de los puntajes aunque en menor intensidad, de 31 puntos en la valoración basal ascendió a 63 puntos tras 3 meses.

**CAPITULO VI**

**6. DISCUSIÓN**

El evento cerebro vascular es una entidad nosológica frecuente, a nivel internacional en el año 2010 Baldwin y colaboradores (27) cita que en los EEUU es la tercera causa más común relacionada con la mortalidad; Feigin y colaboradores (28) encontraron tras revisar 119 estudios a nivel mundial que 5,2 millones (31%) de los ECV se dieron en menores (con edades < 20 años) y en jóvenes y adultos de mediana edad (20-64 años), de los cuales aquellos procedentes de países con bajos y medianos ingresos contribuyeron con casi 74.000 (89%) y 4,0 millones (78%), respectivamente; además que en el año 2010 el número de pacientes con un primer evento fue de 16,9 millones; según datos del INEC (29) en el año 2013 a nivel de país se produjeron 1226 egresos hospitalarios con un diagnóstico de Infarto cerebral especificado lo que representa el 0,10% de la totalidad de egresos en nuestro país lo que es importante destacar pues es una patología frecuente; en este estudio se detectaron 73 pacientes con ECV en los cuales se evaluó la incapacidad física y los resultados se comentan a continuación.

La media de edad de los pacientes se ubicó en 71,99 años siendo esta patología más frecuente en el sexo femenino con el 67,1%; al respecto en un estudio en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2012 llevado a cabo por Arìzaga y colaboradores (30) determino en una población de 210 pacientes con ECV que la media de presentación fue de 67,7 años DS de 15,43 años siendo la mayor población afectada la femenina con el 52,9%; datos muy parecidos a los del año 2014 aunque se puede ver una ligera variación pues la media de edad de presentación ha aumentado; lo que nos da una visión del perfil epidemiológico de esta patología en la misma población.

Otro estudio, también en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante los años 2005-2009 llevado a cabo por Martínez y colaboradores (31) determinaron que el 79,74% de los pacientes con ECV fueron hospitalizados, el grupo más afectado fue el de los pacientes entre los 55-75 años con el 24,18% siendo nuevamente el sexo femenino el más prevalente con esta patología con el 50,33%; al igual que en los casos anteriores se puede evidenciar un perfil característico de esta patología en lo que hace referencia a la edad y al sexo; datos que se corroboran también en nuestro estudio.

La distribución del tipo de ECV fue a favor del isquémico con el 67,1% mientras que el tipo hemorrágico representó el 32,9%; estos datos se correlacionan con la bibliografía, como el artículo de Muñoz (32) quien cita que el tipo isquémico es más frecuente que el hemorrágico con una relación de 1,5/1; Medina (33) mención aunque en la distribución de ECV por tipos el más frecuente es el isquémico con el 80%, mientras que el hemorrágico entre un 15% y un 20% y un 5% trombosis venosa central; estos datos se correlacionan con lo encontrado en nuestra población aunque la relación es menor a la encontrada en nuestro estudio.

Tras la valoración de la dependencia física mediante el Índice de Barthel se determinó que a las 48 horas del ECV el 61,6% de los pacientes presentaron dependencia severa y el 35,6% dependencia total; la minoría de los pacientes es decir el 2,7% presentó dependencia moderada, se puede evidenciar que el impacto en la dependencia física es elevado; con niveles no menores a los moderados a las 48 horas del evento; es evidente que un daño cerebral condiciona incapacidad, ésta a su vez se reduce conforme pasa el tiempo y existan intervenciones de por medio como es la terapia física; inicialmente se podría esperar una dependencia de entre el 68 al 88% (10) este porcentaje va en descenso conforme avanza la recuperación llegando a un 40% a un 53% a los 6 meses.

Parlay y colaboradores (34) en un estudio con 102 pacientes establecieron que un mínimo de paciente sufrió toma motora, siendo directamente proporcional al grado de independencia en una u otra de las seis necesidades básicas y solamente un caso tenía dependencia total en todas las actividades de la vida diaria; la valoración de estos autores se llevó a cabo mediante en Índice de Katz; citamos este estudio para evidenciar la variabilidad que posee la dependencia física, en este caso la dependencia total es baja a diferencia de nuestra población donde supera el 35%.

Moyano (35) en su artículo de revisión menciona que el evento cerebro vascular es un gran generador de dependencia física, un 15% a 30% de los pacientes afectados resultan con un alto grado de dependencia; dato parecido al nuestro pues en nuestra población el porcentaje de dependencia total alcanzó un 35,6%; este autor también cita que la rehabilitación en el ECV es un proceso con enfoque integral que proporciona beneficios; esta última aseveración se demostró estadísticamente en nuestra población donde se evaluó los puntajes de Índice de Barthel donde partiendo con un puntaje inicial de 30 puntos tras la rehabilitación aumento hasta 73,77 puntos; con un valor de p=0.00; aunque en el grupo que no recibió terapia también resulto con diferencias estadísticamente significativas la mejoría (en puntaje) fue menor de un 31 inicial hasta 63 puntos a los 3 meses; las diferencias fueron buenas en puntaje pero al momento de analizar los niveles de dependencia (puntajes agrupados) no se encontró asociación (debido probablemente a dos factores: el tamaño muestral y el amplio rango de agrupación que posee el Índice de Barthel para asignar los niveles de dependencia).

 Córdova y colaboradores (36) menciona tras analizar la dependencia física que el nivel de dependencia funcional disminuye conforme aumenta el tiempo y las intervenciones de terapia, es así como en su estudio el 92,58% de los pacientes mostraron mejoría a los 6 meses después de asistir a los programas de rehabilitación, de estos pacientes el 37% mejoro una categoría funcional, el 44,4% mejoró 2 categorías funcionales es y el 11,1% mejoro tres categorías funcionales; demostrado la utilidad de la rehabilitación; en nuestro estudio en la población que asistió a rehabilitación obtuvo una importante reducción de dependencia total de un 10% inicial (basal) a un 1,9% tras 3 meses de rehabilitación y otro cambio significativo fue de un 5% de independencia basal aumentar a un 7,5% tras la intervención.

Pérez y Torres (37) en un estudio en México encontraron que la evaluación basal con el índice de Barthel fue de 31,4 ± 19,9 puntos; este valor medio es muy similar al encontrado inicialmente en nuestra población con 31 ± 17,5 puntos; lo que corrobora el impacto que posee esta enfermedad con niveles altos de dependencia (bajo puntaje del índice); este autor presenta una intervención demuestra que el puntaje de 82,3 ± 22,5 puntos revelando el impacto de esta intervención; en nuestra población los pacientes sometidos a terapia mejoraron hasta un puntaje medio de 73,77 ± 17,42 puntos.

El grado de dependencia tras un ECV es variable, en nuestro estudio hemos observado que existe una gran parte de la población con niveles elevados de dependencia, y en los estudios citados también se corrobora esta situación; sin embargo también existen estudios en los cuales la dependencia no es tan elevada este es el caso de Arias (38) quien tras evaluar una población de 226 pacientes encontró que Según el índice de Barthel, 90/226 (39,82%) individuos presentan dependencia leve. Conclusión: Nuestros resultados muestran que el accidente cerebrovascular isquémico es el más prevalente en esta población;

Este estudio visibilizó una de las consecuencias menos deseables del ECV como es la dependencia física; que en etapas tempranas es total y severa en la mayoría de los casos; disminuyendo progresivamente con el pasar del tiempo y resaltando el papel de la rehabilitación; ninguno de los factores de riesgo que hemos investigado influye en la variación de un nivel de dependencia o no; siendo la HTA la enfermedad que más condiciona una recuperación funcional, por lo tanto se ha definido un patrón epidemiológico de ECV y sus consecuencias en la dependencia en nuestra población con el afán de fortalecer la integración adecuada y temprana a procesos de rehabilitación de estos pacientes.

**CAPITULO VII**

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

**7.1 CONCLUSIONES**

* Se estudiaron 73 casos de ECV en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, la media de edad se ubicó en 71,99 años ± 16,76 años y mayormente afectados fueron las mujeres con un 67,1%; en esta población se detectó que el 67,1% de los casos fue de tipo isquémico.
* La valoración inicial (48 horas) de la dependencia física reveló que el 61,6% de la población presentó dependencia severa y el 35,6% dependencia total; tras la valoración a los 3 meses la dependencia moderada fue la más frecuente con el 63%; mientras que la dependencia total disminuyo hasta un 4,1% y el nivel severo en un 21,9%.
* La frecuencia de los factores de riesgo fue la siguiente: HTA 63%; FA 12,2% y con el mismo porcentaje se encontró la diabetes, no se registraron casos de dislipidemia tampoco de antecedentes de ECV en los padres del paciente.
* El 72,6% de los pacientes recibieron rehabilitación, siendo este el grupo que mejor puntuó: es decir inicialmente el grupo que entro en rehabilitación presentó una media del Índice de Barthel de 30,38 puntos y tras la terapia de rehabilitación se ubicó en 73,77 puntos (t=-19,7 p=0,00).
* La dependencia total fue mayor en la población de más de 60 años, de sexo femenino y viudos; mientas que en la valoración a los 3 meses la dependencia total solo se presentó en los pacientes de más de 60 años (5,1%), en el sexo femenino y de igual manera en los pacientes viudos aunque en menor porcentaje.
* La dependencia física no se vio influenciada por variables demográficas, tampoco por los factores de riesgo en estudio (p>0,05).

**7.2 RECOMENDACIONES**

1. La dependencia física es elevada en nuestra población, dentro de las alternativas de su cuidado y abordaje la terapia de rehabilitación resulta poseer un impacto importante en la disminución de la dependencia (niveles de dependencia); por lo que se recomienda incluir a todos los pacientes en programas de rehabilitación, en vista que existen aún pacientes que no fueron integrados a esta terapia.
2. Aunque en este estudio estadísticamente no se demostró influencia de los factores de riesgo en la dependencia en la práctica es importante destacar estos factores que como hemos revisado son frecuentes, por lo que se recomienda siempre considerar estos factores al momento de abordar los pacientes con ECV y dependencia física.
3. El índice de Barthel fue una herramienta importante en nuestro estudio, y su uso fue adecuado por lo que se recomienda su uso de manera regular para la evaluación de la dependencia física.
4. Plantear nuevas investigaciones sobre el tema en cuestión de esta manera se contribuye con el abordaje y seguimiento de los pacientes afectados por ECV.

**CAPITULO VIII**

**8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### Alonzo C, Ameriso S, Atallah A, et al., Consenso de Diagnóstico y Tratamiento Agudo del Accidente Cerebrovascular Isquémico Consejo de Stroke - Sociedad Argentina de Cardiología, Rev. argent. cardiol. vol.80 no.5 Ciudad Autónoma de Buenos Aires oct. 2012 Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-37482012000500014&script=sci_arttext>

1. R.J. Rodríguez-Kú, Departamento de Neurofisiologia. Hospital General Regional n. °1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Síndrome metabólico y enfermedad vascular cerebral: evidencias en su tratamiento, REV NEUROL 2009; 48 (5): 255-260, Mérida, Yucatán, México.
2. Navas M, BBC MUNDO, La crisis de enfermedad cerebrovascular en América Latina, 2011. Disponible en: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/09/110913\_derrame\_cerebral\_america\_latina\_men.shtml
3. Pineda B, Palma R, Gonzalez M, [Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH](http://www.bvs.hn/php/level.php?lang=es&component=59&item=11), Proyecto MSS Enfermedad Cerebrovascular 2010-2011, Estudio De Enfermedad Cerebrovascular Y Factores Asociados En El Periodo Enero 2006 – Diciembre 2010, En La Población Que Vive En Las Zonas De Influencia De Los Médicos En Servicio Social Del Periodo 2010-2011, Honduras, 2011.
4. Barrero C, Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. NUEVOS HORIZONTES Vol. 4 Núms. 1-2 Enero-Junio, Julio-Diciembre 2005. Disponible en:<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice_1.pdf>
5. Morris F, Espacio Logopédico, Accidente Cerebrovascular ACV 1543; 2008. Disponible en: <http://www.espaciologopedico.com/noticias/detalle?Id=1543>
6. Silva F, Quintero C, Zarruk J, Guia Neurológica 8, Enfermedad Cerebrovascular, Comportamiento epidemiológico de la enfermedad cerebrovascular en la población colombiana, Pag. 23 - 24, Colombia 2005. Disponible en: <http://www.acnweb.org/guia/g8cap2.pdf>
7. Bolaño M, Tejada S, Enfermedad Cerebrovascular, Evaluación del movimiento II, Fisioterapia, Bucaramanga 2011. Disponible en: <http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2013/07/Enfermedad-cerebrovascular-factores-de-riesgo-tratamiento-y-rehabilitacion.pdf>
8. Salazar A, Moreira M. Costa Rica, Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención, 2005. Disponible en: http://www.cochrane.ihcai.org/programa\_seguridad\_paciente\_costa\_rica/docs/8\_PrevencionPrimariadeEnfermedadCardiovascular.pdf
9. Tizón B, Vázquez T, Enfermería en Cuidados Paliativos: hospitalización durante los últimos días de vida. Enfermería Global. Universidad de Murcia, 2004; 5: 1-32. Universidad de Murcia. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11083/incapacidades\_fisicas\_pacientes\_con\_accidente\_vascular.txt
10. National Institute of Neurological Disorders and Stroke - Previniendo la Apoplejía (Preventing Stroke) -U.S. Department of Health and Human Services -Public Health Service-2001 Disponibleen: http://www.portalgeriatrico.com.ar/detallenotas.asp?clase=ACV&Id=1815
11. Vélez H, Rojas W, Borrero J, et al., Fundamentos de medicina, Neurologia, Enfermedad cerebrovascular oclusiva y trombosis venosa cerebrales, Cap. 24: 338, 6ta ed., Medellín, Colombia. 2002
12. Carpio A, Temas de investigación III, Rev. Neurología, La investigación científica neurológica en el Ecuador, Enfermedad cerebrovascular, Cap. 2: 32, Cuenca-Ecuador 2008.
13. Martínez C, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Hallazgos en Resonancia magnética nuclear y electroencefalograma en pacientes pedíatricos con enfermedad cerebrovascular ingresados al Hospital Pediátrico “Dr. AgustinZubillaga”, pag 16 - 18. Barquisimeto, Estado Lara, 2007.
14. Adams R. Enfermedades Vasculares Cerebrales. En Adams R. Principios de Neurología. Ed McGraw Hill Interamericana, 6ta ed, Cap 34: 674-757, Mexico, 1999.
15. Cañizarez R, Avelino F, Cumplimiento del protocolo de atención de enfermería en paciente con enfermedad cerebrovascular Hospitalizados en el Area de Ictus del Hospital “Abel Gilbert Pontón”, Rev. MedPre, Agosto 2011, Vol. 1. Disponible en: http://medpre.med.ec/secciones/enfermeria/1%20revista/Cumplimiento%20del%20Protocolo.pdf
16. Martinez E, Murie M, Pagola I, et al., Departamento de Neurologia Clínica, Universidad de Navarra, Enfermedades cerebrovasculares, Medicina, Pamplona España 2011; 10(72):4871-81. Disponible en: http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v10n72a13191296pdf001.pdf
17. Bradley W, Robert B. Neurology in Clinical Practice. 4th Edition. Butterworth-Heinemann, 2003. Manual de neurología y neurocirugía, Enfermedades Vasculares Cerebrales, Cap. 4: 29 – 30, 8va ed., editorial CTO.
18. MayelaB, Rehabilitación de Adultos con Enfermedad Vascular Cerebral, México: Secretaría de Salud; 2009. Guía de Práctica Clínica. Catálogo Maestro: DIF-331-09. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/331_DIF09_EVC/EyR_DIF_331_09.pdf>
19. Palaguachi M, Gonzalez I, FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EVENTO CEREBRO VASCULAR EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA 2006 – 2007, Cuenca – Ecuador 2008. Disponible en: http://cdjbv.ucuenca.edu.ec/ebooks/Zdoi18.pdf
20. Cabrera A, Suárez C. Hospital Nacional Docente de Internos Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de La Habana. Riesgo cardiovascular global en una población de combatientes. Revhabanciencméd vol.11 no.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2012
21. Orozco L, Enfermedad Cerebrovascular. Guías para Manejo de Urgencias. Fundación Clínica Valle del Lili Cali. Colombia. 2000; 8: 1219 – 1224
22. Temboury F, Dr. Morales J.; ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, Marzo 2000 ,pp 277-288; Disponible en: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/acv.pdf
23. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y accidentes cerebrovasculares. "Rehabilitación posterior al ataque cerebral", NINDS. Junio 2012. Publicación de NIH 13-1846.Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/rehabilitacion\_posterior\_al\_ataque\_cerebral.htm
24. Trigas M, ÍNDICE DE BARTHEL O DE DISCAPACIDAD DE MARYLAND, Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/indicedebarthel.pdf>
25. Hunt M, McKenna P, “The Nottingham Health Profile” Boston: Soc. Sci. Med. 1981. URL disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACI%C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF
26. Baldwin K, Orr S, Briand M, et al. Acute ischemic stroke update.Pharmacotherapy. 2010 May;30(5):493-514. doi: 10.1592/phco.30.5.493. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20412000
27. Feigin V, Forouzanfar M, Krishnamurthi R, et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. Volume 383, No. 9913, p245–255, 18 January 2014. Disponibleen: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2961953-4/abstract
28. INEC. Camas y egresos hospitalarios. Ecuador en cifras. 2013. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/
29. Arìzaga L, Arìzaga L, Barrera C. Prevalencia y características clínicas de evento cerebrovascular en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo 2009-2010- Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2012. Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3425/1/MED116.pdf
30. Martínez M, Morocho A, Narváez I. Complicaciones durante la estancia hospitalaria en los pacientes con evento cerebrovascular en el departamento de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca en los años 2005 al 2009. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3430/1/MED01.pdf
31. Muñoz M. Enfermedad cerebrovascular. 2010. Disponible en: http://www.acnweb.org/guia/g1c12i.pdf
32. Medina L. ECV. 2010. Disponible en: http://es.slideshare.net/daniiMR/evc-isqumico-y-hemorrgico
33. Parlay L, Riveri R, Páez J, et al. Índice de independencia de paciente con Accidente Vascular Encefálico. Artículos originales. Rev Cubana Enfermer v.26 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0864-03192010000400006
34. Moyano A. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. Servicio Medicina Física y Rehabilitación, HCUCh. RevHospClínUniv Chile 2010; 21: 348 – 55. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/accidente\_cerebrovascular\_desde\_mirada\_rehabilitador.pdf
35. Córdova D, Flores S, Padilla R. Recuperación de la discapacidad en pacientes con evento cerebro vascular que recibieron rehabilitación en el instituto hondureño de seguridad social. Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH Vol. 11 Nº 2 Mayo - Agosto 2008. Disponible en: http://cidbimena.desastres.hn/RMP/pdf/2008/pdf/Vol11-2-2008-4.pdf
36. Pérez J, Torres L. La discapacidad por enfermedad vascular cerebral. Aportaciones originales. RevMedInstMex Seguro Soc 2012; 50 (3): 249-254. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im123f.pdf
37. Arias D. Caracterización de pacientes secuelados de accidente cerebrovascular del Hospital Padre Hurtado. Repositorio Académico de la Universidad de Chile. Tesis de grado. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117455

**CAPITULO IX**

**9. ANEXOS**

**ANEXO 1**

**Índice de Barthel**

|  |
| --- |
| **COMER** |
| 10 | Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. |
| 5 | Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo |
| 0 | Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona. |
| **LAVARSE (BAÑARSE)** |
| 5 | Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente |
| 0 | Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión. |
| **VESTIRSE** |
| 10 | Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda |
| 5 | Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable. |
| 0 | Dependiente. |
| **ARREGLARSE** |
| 5 | Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona. |
| 0 | Dependiente. Necesita alguna ayuda. |
| **DEPOSICIÓN** |
| 10 | Continente. Ningún episodio de incontinencia |
| 5 | Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios. |
| 0 | Incontinente. |
| **MICCIÓN** |
| 10 | Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo. |
| 5 | Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos. |
| 0 | Incontinente. |
| **USAR EL RETRETE** |
| 10 | Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona. |
| 5 | Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo |
| 0 | Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor. |
| **TRASLADO AL SILLON/CAMA** |
| 15 | Independiente. No precisa ayuda. |
| 10 | Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física |
| 5 | Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. |
| 0 | Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado. |
| **DEAMBULACION** |
| 15 |  Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales |
| 10 | Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador. |
| 5 | Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión. |
| 0 | Dependiente |
| **SUBIR / BAJAR ESCALERAS** |
| 10 | Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona. |
| 5 | Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión |
| 0 | Dependiente. Incapaz de salvarescalones |

**Total:**

|  |  |
| --- | --- |
| 0 - 20:  | Dependencia total |
| 21 – 60:  | Dependencia severa |
| 61 – 90: | Dependencia moderada |
| 91 – 99: | Dependencia escasa |
| 100: | Independencia |

**ANEXO 2**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

“PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FÍSICA SEVERA Y TOTAL LUEGO DE EVENTO CEREBROVASCULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014”

1. Historia Clínica

años

2. Edad 3. Sexo M F

4. Dirección: 5. Teléfono:

6. Residencia:

7. Estado Civil:Soltero Union libre Casado Divorciado Viudo

8. Etnia: Blanca Mestiza Afroamericana Indígena

9. Diagnostico de Ingreso

10. Tipo de ECV

11. Antecedente de ECV en padre o madre del paciente SI NO

12. FACTOR DE RIESGO

 HTA

 Dislipidemia

 Fibrilación auricular

 Diabetes

**ANEXO 3**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con cédula de ciudadanía N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acepto voluntariamente formar parte del estudio que lleva como título “PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FISICA SEVERA Y TOTAL LUEGO DE EVENTO CEREBROVASCULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014”, que se realizara incluyendo a todos los pacientes que ingresen al servicio de Medicina Interna con Dx. Evento Cerebrovascular del Hospital Vicente Corral Moscoso durante un lapso de 6 meses continuos en el año 2014.

Conociendo que para este fin se procederá a la revisión de la historia clínica de cada paciente. Además he sido informado que este estudio servirá para obtener mejores conocimientos sobre la dependencia física que puede dejar esta enfermedad y su relación con los factores de riesgo; es decir, medirá la cantidad de ayuda que la persona necesita para realizar las actividades de la vida diaria después de un evento cerebrovascular y de esta manera contribuirá a la prevención y control de los factores modificables que influyen en esta enfermedad.

He sido informado/a también de cómo y cuándo se realizaran las evaluaciones para obtener la información requerida, además conozco que para el presente estudio no recibiré ni deberé hacer ninguna aportación económica y que puedo retirarme del mismo en cualquier momento sin que esto produjera inconveniente alguno a mi persona; por ello firmo mi autorización.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente

C.I N°……………………..

**ANEXO 4**

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variable** | **Definición** | **Dimensiones** | **Indicadores** | **Escala** |
| **EDAD** | Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. | Tiempo en años | Años cumplidos registrados en la Historia Clínica del paciente | Numérica |
| **SEXO** | Condición orgánica, psicológica y social, masculina o femenina, de los humanos | Biológico | Fenotipo registrado en la Historia Clínica del paciente. | MasculinoFemenino |
| **ETNIA** | Características morfológicas externas típicas de cada individuo | Cultural | Entrevista directa o dato registrado en la historia clínica | BlancaMestizaAfroamericanaIndígena |
| **ESTADO CIVIL** | Condición de cada individuo en relación legal y social con la asociación, o no; a otro individuo | Existencia o no de relación legal del paciente con otra persona del sexo contrario según el registro civil | Dato anotado en la Historia Clínica del paciente. | SolteroUnión libreCasadoDivorciadoViudo |
| **TIPO DE ECV** | Todo trastorno en el cual se daña un área del cerebro en forma permanente o transitoria a causa de isquemia, producido por el déficit absoluto o relativo de irrigación sanguínea. O hemorragia, la cual se produce cuando un vaso sanguíneo se rompe dentro del cerebro.  | Déficit neurológico agudo que presenta el paciente. | Diagnóstico clínico y radiológico | ECV isquémicoECVhemorrágico |
| **DEPENDENCIA FÍSICA** | Nivel de limitación de las personas medido mediante escalas para realizar normalmente las actividades de la vida diaria. | Grado de Dependencia que posee el paciente | Escala de Barthel | 0-20: Dependencia total21–60: Dependencia severa61–90: Dependencia moderada91–99: Dependencia escasa100: Independencia |
| **ANTECEDENTE DE ECV EN PADRE O MADRE DEL PACIENTE** | ECV de cualquier tipo diagnosticado por personal médico en padre o madre del paciente en cualquier momento antes del ingreso | Factor de riesgo | Entrevista | PresenciaAusencia |
| **HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)** | Patología humana caracterizada por un incremento crónico de los valores de presión arterial tanto sistólica como diastólica. | Factor de riesgo | Historia clínica | Presencia de HTA previaAusencia de HTA previa |
| **DIABETES** | Enfermedad metabólicacaracterizada por incremento en los niveles de glucosa en la sangre según criterios de laboratorio, resultante de defectos de la secreción de insulina, de su acción o de ambas cosas a la vez. | Factor de riesgo | Historia clínica | Presencia de DiabetesAusencia de Diabetes |
| **DISLIPIDEMIA** | Conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en la concentración de lípidos sanguíneos (triglicéridos, HDL, LDLen niveles que involucran un riesgo para la salud.  | Factor de riesgo | Historia clínica | Presencia de Dislipidemia previaAusencia de Dislipidemia previa |
| **FIBRILACIÓN****AURICULAR** | La fibrilación auricular consiste en la contracción desordenada, ineficaz desde el punto de vista mecánico, de las aurículas. | Factor de riesgo | Historia clínica | SiNo |