



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

NIVEL LICENCIATURA

TITULO:

**Calidad de Vida en Personas con Enfermedad Vasculal Cerebral
(EVC) y sus posibles determinantes.**

TESIS INDIVIDUAL PARA OBTENER EL TITULO:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Janett Banda Pérez

No. DE CUENTA: 097355957

DIRECTOR ACADEMICO:

MTRA. MARGARITA CARDENAS JIMENEZ

ASESOR:

DR. CAMILO RIOS CASTAÑEDA



FEBRERO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Las buenas cosas de la vida, son las que requieren constancia, esfuerzo, paciencia y sacrificio, pero son las que mejor se gozan, las que dan frutos de alegría y satisfacción. Esto es lo que mis padres me enseñaron, gracias a ellos, a su amor, gracias a ustedes por su dedicación desde de la hora de mi nacimiento, he logrado ser una mejor persona día a día....

....Les dedico este mi primer logro y mi primer sueño hecho realidad

los amo.

Para

Mi daddy: Enrique Banda Muñiz

Mi Mamy: Gabriela C. Pérez Carranco

JANETT BANDA PÉREZ

AGRADECIMIENTOS

Mil gracias y de todo corazón a todas aquellas personas que colaboraron en este trabajo, gracias por su paciencia, por contribuir con sus conocimientos y por compartirlos conmigo.

Gracias a:

☞ **Maestra Roció Valdez Labastida.**

SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA DEL INNYN MVS

☞ **Enfermera Neuróloga Josefina Jiménez.**

JEFA DE PISO INNYN MVS

☞ **Maribel Cervantes García.**

SECRETARIA DE LA SUBDIRECCIÓN EN ENFERMERÍA DEL INNYN MVS

☞ **Doctor Luis Camilo Ríos Castañeda.**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NEUROQUÍMICA DEL INNYN MVS Y MIEMBRO DE LA SOCIEDAD NACIONAL DE INVESTIGADORES

☞ **Maestra Margarita Cárdenas Jiménez.**

SECRETARIA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

☞ **Medico Neurólogo Antonio Arauz Góngora.**

ADSCRITO A LA DIVISIÓN DE NEUROLOGÍA Y COORDINADOR DE LA CLÍNICA VASCULAR DEL INNYN MVS

☞ **Medico Neurólogo Y Psiquiatra Mario López Gómez.**

ADSCRITO A LA DIVISIÓN DE NEUROLOGÍA

☞ **Lic. En Psicología Erika Aguilar**

ADSCRITA AL DEPARTAMENTO DE NEUROPSICOLOGÍA

☞ Muy especialmente a mis compañeros de servicio social del área de investigación:

☞

Estela, Betty, Paty, Amalia, Esteban, Octavio, Fabiola.

- ☞ A la Universidad Nacional Autónoma de México (**UNAM**), a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (**ENEO**), al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (**INNYN MVS**) instituciones que son parte de mi desarrollo profesional y académico.
- ☞ A la **Fundación Armstrong** por otorgarme una beca por medio de la Subdirección de Enfermería del (**INNYN MVS**) y así poder concluir mi Investigación y mi Tesis.
- ☞ Por último quiero agradecerle a dos personas muy importantes en mi vida, que son como Ángeles en mi trayecto: **Sra. Juana Amaya Hernández** y **Carlos E. Hernández Amaya**.



FLORENCE NIGHTINGALE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
.....	
I. JUSTIFICACIÓN	10
.....	
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
.....	
III. OBJETIVOS	12
.....	
IV. MARCO TEÓRICO	
CAPITULO 1. ENFERMERÍA RELACIONADA A ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (EVC)	13
.....	
CAPITULO 2. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (EVC)	16
.....	
2.1 Epidemiología De EVC	19
.....	
2.2 Fisiopatología General De EVC	21
.....	
2.3 Clasificación según la localización Anatómica	23
.....	
2.4 Factores de Riesgo de EVC	25
.....	
2.5 Signos y Síntomas de EVC	31
.....	

2.6 Diagnostico	34
2.7 Tratamiento	36
2.7.1 Tratamiento a largo plazo	38
2.8 Intervenciones de Enfermería en EVC	39
2.8.1 Intervenciones Clínicas de Enfermería en EVC	40
2.8.2 Intervenciones de Enfermería en Fase Aguda del EVC	41
2.9 Nomenclatura del EVC	44
CAPITULO 3. CALIDAD DE VIDA	46
3.1 Otras Definiciones de Calidad de Vida	50
CAPITULO 4. CALIDAD DE VIDA Y EVC	51

CAPITULO 5. DEPRESIÓN

.....	53
5.1 Tipos de Depresión	
.....	54
5.2 Síntomas de Depresión	
.....	55
5.3 Fisiopatología de la Depresión	
.....	56
5.4 Epidemiología de la Depresión	
.....	59

CAPITULO 6. DEPRESIÓN Y EVC

.....	60
-------	-----------

CAPITULO 7. DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA

.....	63
-------	-----------

V. METODOLOGÍA

.....	64
-------	-----------

VI. HIPOTESIS

.....	66
-------	-----------

VII. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

.....	67
-------	-----------

VIII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	70
IX. DISCUSION	88
X. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	90
XI. SUGERENCIAS	92
XII. ANEXOS	93
XIII. BIBLIOGRAFÍA	102

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios del arte en enfermería con Florence Nightingale, la enfermera (o), mostró una actitud multidisciplinaria para el cuidado integral de la persona sana y enferma.

Hoy en día no es extraño mirar a una enfermera (o) con algún otro miembro de las ciencias de salud compartiendo ideas para un mismo objetivo, el bienestar de las personas, para y a un resultado en común, reintegrarlo a su vida cotidiana y brindarle una gama de opciones para que obtenga una mejor calidad de vida.

Al ser la enfermería parte importante del equipo sanitario, debe estar al tanto de lo que sucede con el entorno de la persona que padece una patología cualquiera que esta sea, en este trabajo se estudio una enfermedad que constituye un problema, de trascendencia desfavorable en geriatría y neurología además destaca como la causa más común de incapacidad neurológica, principalmente limitando de modo significativo el desempeño funcional con consecuencias negativas en relaciones familiares, sociales y sobre todo en la calidad de vida, esta enfermedad es: la Enfermedad Vasculal Cerebral (EVC), que también se le denomina ictus, que significa trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral, que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del cerebro. La enfermedad es un proceso donde ocurren cambios reversibles e irreversibles según sea el

caso, esto depende de factores externos e internos de cada persona y también de la misma patología, enfermería actúa de manera activa en cuyo proceso para facilitar la restauración de la salud, tarea específica y propia de enfermería, que implica su razón de ser, el cuidado, y este significa la continuidad de la vida.

Enfermería es una ciencia, porque explica, predice y controla la realidad por medio de la ordenación sistemática y coordinada de sus conocimientos, proyectando una explicación más completa, autónoma de la función y actividad enfermera.

I. JUSTIFICACIÓN

La investigación de Calidad de Vida en EVC es útil para comprender como las personas enfrentan la enfermedad. Además de que el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNNyN MVS), es una de las principales Instituciones de Salud en su género a nivel mundial, por lo que resulta de sumo interés conocer y evaluar la calidad de vida de las personas con EVC en México, debido a su incidencia y prevalencia en éste. Conociendo los factores o aspectos que condicionan la calidad de vida de las personas, intervenir a través de ínter-consultorías con el equipo multidisciplinario para actuar dentro del campo de la promoción a la salud de personas con EVC, para la pronta incorporación a su vida, con nuevas expectativas, vislumbrando y concretando una mejor calidad de ésta. La enfermería parte de observar a la persona en su totalidad, abarcando sus aspectos biológicos, físicos, emocionales y sociales; por lo cual es relevante para la disciplina sumergirse en la calidad de vida de personas con EVC para actuar oportunamente, mejorando los cuidados y dar una respuesta a las necesidades de dichas personas, para contribuir a que alcancen una optima calidad de vida.

La investigaciones científicas realizadas en Enfermería es una plataforma no solo para el reconocimiento de la disciplina, sino a la

diversidad del conocimiento y de esta manera dar soluciones precisas ya que quién recibe nuestro cuidado no se comporta de manera uniforme, actualmente dichas investigaciones abordan temas de utilidad para la profesión, como en este estudio, se aporta información de utilidad para personas enfermas y se actualizan conocimientos en la misma disciplina.

VI. HIPÓTESIS

1.

H1: La calidad de vida en personas con EVC se correlaciona con la funcionabilidad motora.

H0: La calidad de vida en personas con EVC no se correlaciona con la funcionabilidad motora.

2.

H1: La calidad de vida de personas con EVC se correlaciona con síntomas depresivos.

H0: La calidad de vida de personas con EVC no se correlaciona con síntomas depresivos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida en personas que sufren EVC, se ve afectada por las limitaciones físicas y la presencia de depresión.

En México se desconoce la prevalencia de la depresión en las personas con EVC, de igual manera se desconoce la percepción de la calidad de vida que tienen estas personas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué determina la calidad de vida de las personas con Enfermedad Vascular Cerebral, la funcionalidad motora o la presencia de depresión?

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer los factores que determinan la calidad de vida de las personas con Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la funcionabilidad motora y definir si este factor determina la calidad de vida de personas con EVC.
- Evaluar si existen síntomas depresivos y conocer si condicionan la calidad de vida de personas con EVC.
- Establecer una línea de investigación para construir intervenciones de enfermería que tiendan a modificar la calidad de vida de las personas con EVC.



IV. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1.

ENFERMERÍA RELACIONADA A ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (EVC)

El Meta-paradigma es el eje central en Enfermería, el cual define a la Persona, al Entorno, a la Salud, a la Enfermería y al Cuidado, conceptos que son el objeto de estudio de esta disciplina.

Dichas definiciones han sido abordadas y analizadas por profesionales en Enfermería que desde su visión establecen Teorías y Modelos que apuntan a brindar un cuidado integral. Tal es el ejemplo de Virginia Henderson.

Según la concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Henderson postula: la **persona** en un todo complejo presentando catorce necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural. La **salud** es la capacidad que posee una persona para satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales.

El **entorno** según Henderson, es la naturaleza o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre la persona¹.

La **enfermera** sabe que la salud representa la calidad de vida, que es necesaria para el funcionamiento humano².

Es indudable la inquietud, el asombro y el desconcierto que se experimenta cuando se intenta hacer una aproximación sobre las bases teóricas y filosóficas que sustentan el cuidado, razón de ser de la Enfermería, y se mira respectivamente el origen, la

historia y la práctica actual de la profesión. Pero sobre todo, se genera una sensación de inconformidad cuando se percibe cómo a través de su evolución y desarrollo se ha ido desdibujando, la identidad propia, hasta el punto de convertirse en muchos casos, especialmente en el área hospitalaria, en el conjunto de actividades médicas delegadas, realizadas bajo una directriz estrictamente curativa³.

Enfermería es la ciencia y la filosofía de cuidar, refiriéndose al cuidar-cuidado holístico, el cual promueve humanismo, salud y calidad de vida⁴.

La enfermería se preocupa por la persona como un ser integral. El cuidado de la persona enferma debe centrarse en sentido holístico, es decir en forma integral teniendo en cuenta los aspectos, emocional, físicos, intelectuales, sociales, humanísticos, espirituales, y religiosos. Éstos ayudan a mantener la dignidad, su estado de vida, respeto por las creencias, costumbres y filosofía del enfermo hasta el final. El cuidado de enfermería es individualizado, recíproco, es único y lo más importante es que es irrepetible.

El cuidado de enfermería va encaminado a lograr la mayor autonomía posible de la persona, plantear una intervención terapéutica coherente, implica la capacidad de intervenir en las diferentes dimensiones. Esto exige la existencia de diferentes profesionales capaces de abarcar la complejidad de la persona y a la capacidad de organizarse para que su intervención sea realmente útil y no caótica. Este grupo de profesionales organizados, se llama equipo interdisciplinario. Éste se halla formado por diferentes profesionales quienes deben ser escuchados y su opinión debe ser de igual forma respetada. Un lenguaje común permitirá que el equipo adquiera conocimientos para que la intervención sea real.



Los profesionales que lo integran, serán aquellos que representen la multidimensionalidad de la persona. De todos modos en la práctica existe un equipo que denominamos básico y está compuesto por el médico, la enfermera, el psicólogo y a partir de este núcleo base puede completarse con el trabajador social, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, etc. Cada miembro del equipo debe asumir de manera responsable el papel que le ha sido asignado, así el trabajo resultará sencillo si todos los miembros comprenden y asumen las normas⁵.

Las enfermedades crónicas, producto en gran parte del proceso de envejecimiento, de la creciente contaminación ambiental y de su principal causante, la sobrepoblación del mundo, y de los malos hábitos de vida (estrés, consumo de alcohol, tabaco y demás sustancias psico-activas, sedentarismo, sobrepeso y malos hábitos alimenticios) ⁶⁹, contribuyen a un déficit en la calidad de vida de los seres humanos enfermos y sanos. El crecimiento proporcional de las enfermedades crónicas se asocian con ciertos estilos de vida, la Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) se relaciona con estos, representando así factores de riesgo para padecerla, y esto posteriormente condicionara su calidad de vida de la persona que ha presentado un EVC.

Los EVC tiene un alto riesgo de recurrencia, lo cual crea una situación de temor e inseguridad, por todo lo anterior se comprende que estos individuos están sometidos a una serie de factores que deterioraran su calidad de vida.



CAPITULO 2.

ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (EVC).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS.): “la enfermedad vascular cerebral (EVC) es el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral o global, con síntomas que persisten 24 horas o más que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular”.

Se denomina ictus al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del cerebro. El término ictus procede del latín y significa “golpe”, su utilización ha sido recomendada por el Grupo Español de Estudio de las Enfermedades Vasculares Cerebrales, para referirse de forma genérica al infarto cerebral y a la hemorragia intracraneal o la subaracnoidea. Como términos sinónimos se han venido utilizando de forma indistinta ataque cerebral, accidente cerebro vascular o enfermedad vascular cerebral (EVC) término que se utilizará a lo largo de este trabajo.

El 85% de los ictus son por isquemia cerebral y el 15% restante corresponde a una hemorragia^{6,7}.

Existen tres tipos de EVC:

- **TROMBÓTICO**

Causa más frecuente de la EVC.

El flujo de sangre de una arteria cerebral se bloquea debido a un **coágulo** que se forma dentro de la arteria. La **aterosclerosis**, que es la acumulación de depósitos grasos en las paredes de las arterias, causa un estrechamiento de los vasos sanguíneos y con frecuencia es responsable de la formación de dichos coágulos⁸. La aterosclerosis involucra el cambio estructural de la capa íntima y la media de arterias de mediano y gran calibre. Inicialmente hay alteraciones del endotelio arterial, seguido del desarrollo de la placa aterosclerótica. Una placa aterosclerótica está predispuesta a romperse y tener lesiones como ulceraciones, hemorragia intraplaca o calcificaciones. Las lesiones en la superficie de la placa llevan a la activación local de las plaquetas y a su agregación. La mayor complicación de la aterosclerosis es la trombosis, con oclusión local y embolia distal⁹. A este proceso también se le puede llamar Enfermedad de los grandes vasos o Aterotrombosis. La localización más común de estas lesiones es en el origen de la arteria carótida interna (ACI), la arteria cerebral media (ACM), el origen de la arteria vertebral, arteria basilar y el cayado aórtico. Esta enfermedad mayormente termina en infartos territoriales (completos e incompletos).

- **EMBÓLICO**

El coágulo se origina en alguna parte alejada del cerebro, por ejemplo en el corazón. Una porción del coágulo (un émbolo) se desprende y es arrastrado por la corriente sanguínea al cerebro, el coágulo llega a un punto que es lo suficientemente estrecho como para no poder continuar y tapa el vaso sanguíneo, cortando el abastecimiento de sangre. Este bloque súbito se llama **embolia**⁹. Las cardioembolias pertenecen a una clasificación etiológica que producen isquemias corticales, aunque el 16-22% de



las isquemias son subcorticales y el 8% lacunares. Se presentan en personas con anomalías cardíacas con potencial para producir desprendimiento de fragmentos embólicos. Las causas más frecuentes son: el infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad valvular mitral y aórtica y malformaciones congénitas¹⁰.

- **HEMORRÁGICO**

Causa hasta 25% de la EVC. La hemorragia intracraneal (HIC) no traumática constituye la segunda causa de muerte súbita después del infarto de miocardio. El 25% de los pacientes con este tipo de hemorragias fallecen las primeras 24 horas.

El sangrado puede ocurrir en el encéfalo, en cuyo caso se denomina hemorragia intraparenquimatosa (HIP), el espacio subaracnoideo (HSA).

En los países desarrollados la HIC representa aproximadamente el 20% de los EVC⁹.

Es causado por la ruptura y sangrado de un vaso sanguíneo en el cerebro.

El sangrado dentro del parénquima cerebral provoca irritación de este y ejerce presión sobre el tejido y los nervios cerebrales, pierde función y muerte de neuronas.

Por lo general, la hemorragia intracraneal hipertensiva se presenta en los ganglios basales, cerebelo o tallo cerebral, pero también es probable que afecte regiones más superficiales del encéfalo¹⁰.

2.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) constituye, sin duda alguna, uno de los problemas de mayor trascendencia en geriatría y neurología, destaca como la causa más común de incapacidad neurológica en países occidentales y es la quinta causa de muerte en nuestro país¹¹.

Se estima que cada 5 segundos en nuestro país se produce un EVC¹¹.

La Enfermedad Vascul ar Cerebral tiene del 10 al 12% de mortalidad en países industrializados, es la tercera causa de muerte y la primera causa de invalidez, el 88% de los casos ocurren en personas adultas mayores; hay mayor incidencia en población masculina de 1.1% a 2.2%⁶. En nuestro país principalmente en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INN y N mvs) de acuerdo a la Morbilidad del año 2003 se presentaron 131 casos de EVC de los cuales 73 (55.7%) casos fueron mujeres y 58 (44.3%) hombres. Del 55.7%, 15 mujeres presentaron EVC de tipo trombótico, 10 EVC de tipo embólico y teniendo mayor incidencia en EVC por estenosis con 28 casos de estas mujeres, en el mismo Instituto hasta el año 2004 sean reportado 81 casos (48 (59.3%) mujeres y 33 (40.7%) hombres)¹². Se estima que para el año 2025 el EVC se coloca como la primera causa de incapacidad, ya que de 15 millones de personas sufren al año un EVC, 5 millones mueren y 5 millones más quedan con secuelas de funcionabilidad motora¹³.

Una tercera parte de los sobrevivientes requieren asistencia para actividades de la vida diaria o para su cuidado personal. El 16% de los pacientes permanecen



hospitalizados por un periodo prolongado, el 20 % necesitan de asistencia para caminar y el 70 % no pueden regresar al trabajo previo⁹.

2.2 FISIOPATOLOGÍA GENERAL DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

A los 10 segundos de cesar el flujo sanguíneo cerebral (FSC) se produce una insuficiencia metabólica del tejido cerebral. El Electroencefalograma (EEG) registra una actividad eléctrica alta y la disfunción cerebral se hace clínicamente evidente. Si la circulación se recupera inmediatamente se produce una recuperación brusca y completa de la función. Si el trastorno de perfusión persiste durante varios minutos u horas, pudiendo ser incompleta. Además, durante la insuficiencia circulatoria, los elementos sanguíneos pueden aglutinarse, el endotelio capilar puede hincharse y el flujo sanguíneo puede no llegar a restablecerse incluso aunque la primera causa de fallo de flujo se corrija (fenómeno de no reflujo). Periodos más prolongados de isquemia producen una necrosis tisular franca. En esta situación aparece edema cerebral, que progresa a lo largo de los 2 a 4 días siguientes. Si la región infartada es grande el edema puede producir un considerable efecto de masa¹⁴.

Los mecanismos básicos de la isquemia cerebral son:

- I. La trombosis vascular in situ que da por resultado la reducción de la luz del vaso y limitación del flujo.
- II. La fragmentación y el desprendimiento de un trombo en el corazón o en un vaso que lleva a la oclusión distal del vaso cerebral.

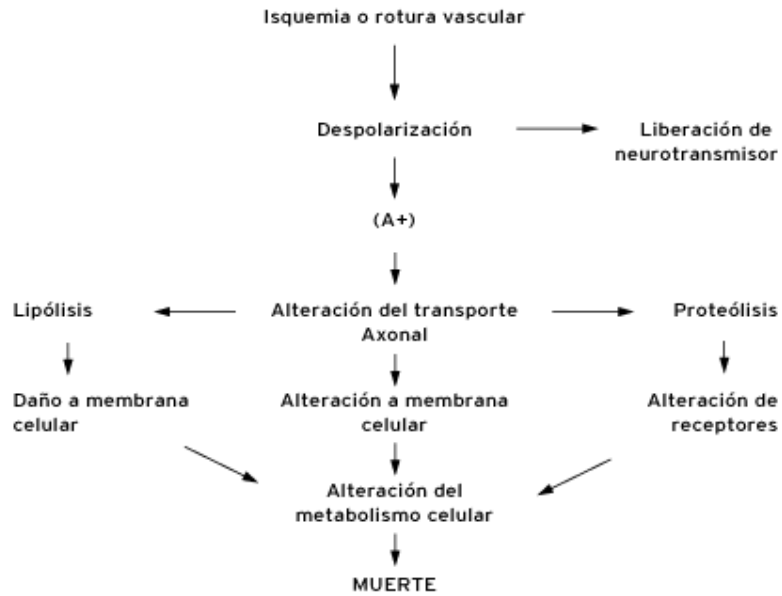
A través de uno de estos mecanismos, se produce la reducción del FSC, que al alcanzar niveles críticos provoca infarto cerebral en el territorio afectado.

La autorregulación cerebro-vascular es un mecanismo que permite mantener constante el FSC durante los cambios en la tensión arterial (TA). La autorregulación es



deficiente inmediatamente después del EVC y el tejido cerebral isquémico depende directamente del flujo colateral circundante⁹.

*Síntesis de los mecanismos que conducen a la muerte neuronal



*diagrama de flujo de www.chopo.com.mx

2.3. CLASIFICACIÓN SEGÚN LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA

Dependiendo de la topografía de la lesión se producirán distintos síndromes neurológicos. Conocer esto nos permite hacer una aproximación a la etiopatogenia además de actuar de una manera eficaz y rápida en los cuidados hacia la persona.

Infartos en territorio de carótida interna.

La arteria carótida interna puede ocluirse en ausencia completa de síntomas si existe una buena circulación colateral a través del polígono de Willis y circuito glial.

La amaurosis fugas o ceguera monocular transitoria es un síntoma de estenosis u oclusión sintomática de la arteria carótida interna.

La manifestación clínica más frecuente de enfermedad de la arteria carótida interna se debe a la pérdida de la función neurológica de los territorios cerebrales irrigados por ramas de la arteria cerebral media, ya que la arteria cerebral anterior suele compensarse por la arteria comunicante anterior. Los signos y síntomas más frecuentes son la hemiplejía, hemianopsia, trastorno de sensibilidad, desviación ocular, trastorno del lenguaje y anosognosia, alteración del esquema corporal según el hemisferio afectado.

**Infarto de la arteria cerebral media.**

La oclusión trombótica o embólica del tronco principal de la arteria media produce déficit masivo grave. La oclusión de ramas superior/inferior o preferentes profundas de lugar a diversas variantes sindrómicas.

Infarto de la arteria cerebral anterior.

La obstrucción proximal de la arteria cerebral anterior se puede compensar por una arteria comunicante anterior permeable. Si no existe flujo o el contralateral es escaso, producirá debilidad de predominio en la pierna contralateral. Así mismo puede asociarse desviación óculo-cefálica, incontinencia urinaria, reflejos de liberación frontal, apatía, alteraciones conductuales, hipertonia opositora.

Infartos del territorio vertebro-basilar.

La mayor parte de las oclusiones o lesiones graves de la arteria vertebral son un hallazgo incidental y son marcadores de arteriosclerosis. Es frecuente que estas personas tengan a menudo enfermedad carotídea o vertebro-basilar y coronaria.

La enfermedad ateromatosa es la responsable de una isquemia cerebral el mecanismo más frecuente es el embólico¹⁵.

2.4 FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.

Los factores de riesgo se han clasificado como modificables y no modificables. La asociación de factores de riesgo incrementa el riesgo de presentar EVC.

- **FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES**

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Es el factor de riesgo más importante para presentar EVC, se estima que cada 5 segundos en nuestro país se produce un EVC¹¹. Se ha encontrado en un 70% de las personas, que el tratamiento de ésta, reduce el riesgo hasta en un 40% de presentar un EVC, lo cual es muy favorable, ya que la HTA, es un detonante para agravar la aterosclerosis en el cayado aórtico y arterias Cévico-cerebrales. Las cifras límites de la HTA son 160 mmHg de presión sistólica y 90 de diastólica, el riesgo de presentar un EVC aumenta con las cifras de hipertensión, ya se ha demostrado la alta influencia de la HTA tanto sistólica como diastólica o combinadas¹⁶. En México 15.2 millones de personas tienen Hipertensión Arterial Sistémica, la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) refiere que el género mayormente afectado por esta patología es el masculino (34.2%), las mujeres se ven afectadas después de los 50 años de edad. Así como se incrementa la edad incrementa el riesgo de padecerla, lo mismo pasa con el Índice de Masa Corporal (IMC), el riesgo relativo para la mujer es de 1.9 y 2.1 para el hombre (ENSA 2000)¹¹. Los factores de Riesgo para el EVC van de la mano y todos son de relevancia. La HTA es el factor de riesgo más importante, tanto para la isquemia como la hemorragia cerebral, y se encuentra en casi el 70 % de los pacientes con EVC, reporto un estudio, analítico realizado con 82 personas en



Marianao Cuba, donde se determinó la relación de los factores de riesgo y la enfermedad vascular cerebral¹⁷.

ENFERMEDADES CARDIACAS

El 15-20% de los EVC isquémicos son de origen cardioembólico, representando la fibrilación auricular (FA) casi el 50% de todos los casos. Otras causas son el infarto agudo de miocardio, la miocardiopatía dilatada, los aneurismas del tabique auricular, el foramen oval permeable, la endocarditis bacteriana, tumores cardiacos, endocarditis trombóticas no bacterianas, etc¹⁸.

En un 70% de las personas la FA es de causa no valvular, en el 20% es de origen reumática y en un 10% se trata de una FA aislada sin una causa cardíaca aparente. El riesgo de EVC en las personas con FA no valvular es de un 5% al año, incrementándose con la edad, y la concurrencia de otros factores de riesgo como la HTA, diabetes o insuficiencia cardíaca. Las personas con FA paroxística y FA crónica presentan un riesgo similar de ictus isquémico. La aspirina es una alternativa en los pacientes con fibrilación auricular y bajo riesgo de ictus isquémico (personas jóvenes y sin factores de riesgo) ¹⁸.

El riesgo de EVC en la endocarditis infecciosa es del 15-20%.

En las personas con infarto de miocardio el ictus isquémico se presenta como una complicación en el 2-4% de las personas, siendo más frecuente en los infartos de cara anterior y en los 3 primeros meses¹⁸.

TABAQUISMO

Existen alrededor de 1300 millones de personas que consumen tabaco, donde 1000 millones son hombres y 250 millones son mujeres, la Organización Mundial de la Salud señala que en el año 2020 habrá 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco¹⁹. El tabaquismo es la primera causa de muerte a nivel mundial y un factor de riesgo relevante para que se produzca un EVC, además de ser el más fácil de prevenir¹⁹. El riesgo aumenta de manera proporcional de acuerdo al número de cigarrillos al día, los fumadores tienen un riesgo de tres veces mayor que una persona no fumadora. Los fumadores pasivos también tienen un mayor riesgo de presentar un EVC, puesto que la exposición pasiva al humo del cigarrillo acelera el riesgo del proceso de la aterosclerosis, se reduce el riesgo al cabo de 3-5 años de no estar en contacto con el humo del cigarrillo.

El tabaco aumenta los niveles plasmáticos de fibrinógeno, aumenta la agregabilidad plaquetaria y el hematocrito, aumenta la presión arterial y disminuye los niveles de HDL-colesterol y lesiona el endotelio contribuyendo así a la progresión de la aterosclerosis¹⁸.

OBESIDAD

En nuestro país hace algún tiempo, la mayor preocupación en los Mexicanos era la desnutrición, donde emergieron programas de apoyo alimenticio para parte de la población vulnerable: niños y ancianos, también se consideraba que la obesidad y el sobrepeso eran producto de la buena economía que tenían los países con dinero, hoy en día vemos que nos es exclusivo, ya que la preocupación hoy se enfoca en la mala alimentación, la sobrealimentación, a los cambios de estilos de vida y al



consumo de alimentos industrializados²⁰. La obesidad y el sobrepeso incrementan el riesgo de padecer enfermedades crónico- degenerativas entre las cuales están las enfermedades cardiovasculares que llevan a la posibilidad de presentar un EVC.

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es una patología que también representa un problema importante de Salud Pública, ocupando en 1995 el décimo lugar a nivel mundial con casi 4 millones de personas enfermas, se calcula que para el año 2025, ocupara el séptimo lugar a nivel mundial con 12 millones de personas enfermas aunado a que el 65% de los diabéticos padecen hipertensión arterial y el 60 tiene un daño moderado en el sistema nervioso y tienen el 2.4 veces mayor riesgo de sufrir un EVC²¹.

DISLIPIDEMIA

Se realizó un meta-análisis de 45 cohortes a sujetos menores de 45 años de edad con 1300 casos de EVC, encontrando un riesgo significativo entre los niveles de colesterol y el riesgo a presentar un EVC²².

Los niveles de LDL-colesterol se correlacionan con una importante disminución de la incidencia de cardiopatía isquémica e ictus. Por otra parte, se ha demostrado que los niveles bajos de HDL-colesterol representan un factor de riesgo independiente e importante para el EVC isquémico, al igual que los niveles bajos de lipoproteína se consideran un factor de riesgo independiente para el desarrollo de aterosclerosis, la hipertrigliceridemia si es un factor importante para el desarrollo de ésta, pero no tiene una relación estrecha con el EVC¹⁸.

DIETA

Existen hábitos alimenticios como el consumo excesivo en sal (aumenta la presión arterial) o el déficit en el consumo de vitamina B6 y B12, una dieta rica en vegetales y frutas pueden prevenir el ictus por su efecto antioxidante o por medio del aumento de los niveles de potasio. Se deben consumir de manera limitada los alimentos con grasa saturadas y colesterol, aumentar el consumo diario de vegetales y frutas²³.

ANTICONCEPTIVO ORALES

El consumo prolongado (más de 6 años) se asocia a presentar un EVC en mujeres mayores de 36 años de edad. El riesgo del EVC se incrementa de manera significativa si son mujeres, diabéticas, hipertensas y fumadoras¹⁸.

- **FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES**

EDAD Y SEXO

Es el principal factor de riesgo no modificable para el EVC¹¹. Al cumplir 55 años de edad la incidencia de padecer un EVC aumenta en cada década de la vida¹⁸. Es importante recordar que en México la población se vuelve cada vez más longeva, entonces esta podría ser una vertiente a considerar en cuanto a la incidencia de esta patología. En cuanto al sexo los varones tienen una incidencia de EVC de 1.5 veces respecto a las mujeres, y su aparición al igual que sucede con el resto de las enfermedades cardiovasculares, se presenta más tempranamente en el sexo masculino, en la Séptima y Octava décadas de la vida, las mujeres igualan en EVC a los hombres¹⁶. En modelos actuales de fisiopatología en las Enfermedades



Cerebrovasculares está ya bien establecido el efecto protector de la progesterona sobre el endotelio vascular; hecho que explica la Morbi-Mortalidad por EVC en las mujeres^{24, 25,26}.

RECURRENCIA

Las recurrencia es un factor de riesgo que preocupa a las personas que han sufrido un EVC al igual que su médico piensa en la posibilidad de que dicho fenómeno se repita. Se señala que el EVC es el principal factor de riesgo para una nueva lesión isquémica y se considera que el riesgo de recurrencias durante el primer año oscila alrededor del 10%. En un estudio se observaron 131 personas durante el primer año seguido de un EVC, 12 (9.2%) tuvieron un segundo EVC, y 2 (1.5%) fallecieron a causa de recurrencia²⁷.

2.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Los signos más específicos, orientados a pensar que pueda tratarse de un EVC, es el comienzo brusco, donde las personas refieren tener el dolor de cabeza más grande de su vida, su rápida evolución también es una característica de esta patología, esta evolución que puede ser en segundos, minutos, horas y hasta en algunos casos en días se puede notar el gran déficit que provoca.

Los Signos Y Síntomas Orientadores de un EVC son:

1. Déficit motor
2. Déficit Sensitivo
3. Déficit motor sensitivo
4. Otras alteraciones motoras (ataxia, incoordinación, temblor)
5. Alteraciones del Lenguaje
6. Otras disfunciones corticales (amnesia, agnosia, praxia, confusión, demencia)
7. Vértigo, Mareos
8. Crisis epilépticas
9. Compromiso de conciencia
10. Cefalea
11. Náuseas y Vómito
12. Signos Meníngeos
13. Otros: Babinski, signos de descerebración o decorticación²⁸.

SÍNTOMAS DE ISQUEMIA CEREBRAL SEGÚN TERRITORIO¹⁶.

- a) Territorio Carotídeo
 - Alteraciones motoras: paresia o hemiplejía.
 - Alteraciones Sensitivas: Parestesias o Hemiparesia.



- Trastornos del lenguaje: En forma de disartria con dificultad para pronunciar las palabras o bien de afasia o disfasia con dificultad en la expresión y/o comprensión del lenguaje.
- Alteraciones Visuales: Amaurosis unilateral o hemianopsia homónima.

b) Territorio Vertebro-basilar

- Alteraciones Motoras: Hemiparesia, tetraparesia o trastornos alternantes.
- Alteraciones Sensitivas: Disminución de la Sensación, Hemiparestesias, afectando uno o ambos lados del cuerpo.
- Trastornos Visuales: Amaurosis Bilateral transitoria o no, hemianopsia homónima.
- Trastornos del Equilibrio: Ataxia e Inestabilidad.

Diplopía, disartria, disfagia o vértigo. Estos síntomas se presentan asociados a los anteriores. Si se presentan en forma aislada no son seguros de Isquemia Vertebro basilar.

Los síntomas más específicos de alteración en el territorio Carotídeo son la amaurosis y la afasia¹⁶.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

1. SÍNTOMAS

- a) Cefalea
- b) Vómito
- c) Síndrome Meníngeo
- d) Compromiso de conciencia
- e) Fotofobia

f) Dorso lumbalgia

2. SIGNOS

a) Aneurisma de carótida interna y comunicante posterior. III par ipsilateral

b) Aneurisma de la comunicación anterior:

- Confusión Mental
- Paresia Crural
- Babinski Bilateral

c) Aneurisma de la Arteria Cerebral Media:

- Hemiparesia
- Afasia

d) Aneurisma de la Arteria Cerebral Posterior:

- Hemianopsia Homónima



2.6. DIAGNOSTICO

Comienza con la sospecha clínica la exploración física, haciendo énfasis en la exploración neurológica.

Los factores de riesgo vascular y la situación clínica del paciente nos ayudan a definir la diferencia entre isquemia y hemorragia, pero también es necesaria realizar la Imagenología, dado que existe un margen de un 10-15% de error si se utilizan solo datos clínicos¹⁶.

Los estudios de neuroimagen permiten determinar la localización de las lesiones, su naturaleza vascular y hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías en función de la ubicación, la evolución en el tiempo y el comportamiento tras la administración de un contraste²⁹.

Tomografía Axial Computarizada (TAC)

Es la prueba diagnóstica más importante para diferenciar entre un EVC isquémico o hemorrágico³⁰.

Está indicada en la fase aguda de las personas con clínica de EVC. Su utilidad e interpretación en cada uno de los tipos de lesión Vascular Cerebral se resumen de la siguiente manera:

En los Accidentes Isquémicos Transitorios (AIT) permite descartar la presencia de pequeños infartos, hemorragias u otras lesiones que pueden producir síntomas transitorios²⁹.

En el EVC Isquémico permite detectar el Infarto, a las 24 – 48 horas de evolución, como un área hipotensa confinada a un territorio arterial. Entre el segundo y cuarto día se observa un descenso en la densidad radiológica de la lesión y la delimitación del área del EVC²⁹.

En la Hemorragia Cerebral la sangre es visible en el TAC desde el momento en que se produce la hemorragia. Los hematomas intraparenquimatosos se ven como una masa hiperdensa de forma y tamaño variables. A lo largo de su evolución el hematoma va reduciendo su densidad, desde la periferia hacia el centro, hasta las tres cuatro semanas es isodenso con el parénquima circundante, aunque persiste el efecto de masa, a partir de ese momento la lesión se hace progresivamente mas hipodensa y se va reabsorbiendo hasta dejar una cavidad residual rellena de Líquido Cefalorraquídeo (LCR), de un tamaño menor que el de un hematoma²⁹.

Resonancia Magnética (RM)

Mediante la RM se pueden visualizar malformaciones arteriovenosas, cavernomas y aneurismas de más de 0.5 mm. Es la técnica de elección para demostrar la presencia de trombosis de senos venosos cerebrales y la disección de las arterias carótidas y vertebrales²⁹.

La RM no utiliza radiaciones ionizantes. La imagen se obtiene a partir de la energía que liberan los átomos tras ser sometidos a un campo magnético. Actualmente secuencias son especialmente útiles para el diagnóstico de determinadas patologías²⁹.

1. Imágenes en T1: Hemorragia subaguda o crónica trombosis vascular, edema de las circunvoluciones cerebrales.
2. Imágenes de T2: lesiones parenquimatosas, edema e infarto.
3. Imágenes de densidad Protónica: distinguen infartos próximos a la superficie cortical o a los ventrículos.
4. Eco- gradiente: detección de pequeñas hemorragias agudas o crónicas.



5. Resonancia de difusión y perfusión: Permite el estudio de la Isquemia Cerebral en fase hiperaguda, inmediatamente después de su instauración.

En el EVC isquémico la RM ofrece una mejor definición anatómica de la lesión que el TAC, especialmente en la fosa posterior, ofrece de la detección precoz del infarto.

La hemorragia tiene una de las características evolutivas muy bien definidas, lo que permite diagnosticar con precisión su presencia y tiempo de evolución así como distinguir un hematoma de un infarto hemorragizado²⁹.

2.7. TRATAMIENTO

El tratamiento del EVC, comprende el tratamiento en la fase aguda, prevención primaria, secundaria y rehabilitación.

TRATAMIENTO EN EL EVC FASE AGUDA

El objetivo es alterar el curso del EVC. La existencia de un “área de penumbra isquémica” alrededor de la zona del EVC con un potencial de viabilidad tiempo dependiente está promoviendo un profundo reenfoque asistencial.

El tratamiento en este periodo tiene tres fases:

- Mantenimiento de las condiciones metabólicas y hemodinámicas.
- Reperusión de la arteria obstruida (fibrinólisis)
- Prevención del daño tisular tardío o por reperusión (neuroprotección)³¹.

Mantenimiento de las condiciones Metabólicas y Hemodinámicas

La atención médica y neurológica precoz pueden, independientemente de otros tratamientos, mejorar la evolución de un EVC y prevenir las complicaciones. La monitorización y tratamiento son en parte específicos del EVC³¹.

Reperusión de la Arteria Obstruida (fibrinólisis)

Existen ya estudios en los que se ha demostrado que la trombólisis con rtPA (activador plasminógeno de tejido recombinante) administrada por vía intravenosa puede ser un tratamiento eficaz para la fase aguda en EVC.

En Estados Unidos se realizó un estudio (Estudio Norteamericano de los Institutos Nacionales de Salud NINDS), que comparó el uso de rtPA contra placebo en EVC isquémico en las primeras tres horas de evolución. La dosis de rtPA empleada fue de 0.9 mg/kg, administrados 10% de la dosis en bolo y el resto en infusión continua durante 60 minutos. De los pacientes tratados con rtPA, 39% tuvieron recuperación completa o casi completa a los tres meses, comparado con 26% en el grupo placebo y el beneficio se mantuvo a un año³².

El tratamiento farmacológico del EVC aguda debe acompañarse de medidas generales fundamentales que consisten en oxigenación y ventilación adecuadas, prevención y tratamiento de fiebre, infecciones, deshidratación, edema cerebral, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar así como dar nutrición adecuada, control correcto de presión arterial y glucemia, tratamiento de crisis convulsivas y movilización y rehabilitación adecuados³³.

En caso de un EVC hemorrágico, a menudo se requiere la cirugía para succionar la sangre que se estanca en el cerebro y reparar los vasos sanguíneos dañados.



2.7.1 TRATAMIENTO A LARGO PLAZO

El objetivo es la recuperación de la mayor funcionalidad posible y la prevención de EVC futuros. Dependiendo de los síntomas, la rehabilitación incluye terapia del lenguaje, terapia ocupacional y fisioterapia. El tiempo de recuperación difiere de una persona a otra.

Ciertas terapias, como los ejercicios de reposicionamiento y rango de movimiento, están propuestas para evitar complicaciones relacionadas con el EVC, como infecciones y úlceras de decúbito³⁴.

2.8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (EVC)

Primer Nivel de Atención.

- Las acciones de Enfermería deben orientarse al primer nivel de atención.
- Localizar a pacientes en riesgo de EVC.
- Acciones encaminadas a disminuir los factores de riesgo en la población afectada y por ende bajar la Morbi-mortalidad.
- Desarrollar actividades de prevención y promoción a la Salud con el objetivo de modificar hábitos como: dieta inadecuada, obesidad, hipercolesterolemia, tabaquismo, alcohol, sedentarismo y estrés.
- Brindar la información necesaria para aquellas personas que ya sufrieron un EVC.
- Identificar y Canalizar a las personas con EVC transitorios para su correcta evaluación y tratamiento.
- Proporcionar información adecuada para su autocuidado por ejemplo: enseñanza en la toma de la presión arterial, identificar signos y síntomas de alarma, y que logren un apego al tratamiento farmacológico y de rehabilitación.
- Orientar acerca de cómo se debe de realizar una dieta hiposódica e hipolípida.
- Orientar sobre el ejercicio físico, tratamiento farmacológico y rehabilitación cuando el paciente lo requiera.
- Orientar a los familiares de los riesgos de úlceras por decúbito, según sea el caso.



2.8.1. Intervenciones Clínicas de Enfermería en EVC.

- Preparación Psicológica a personas con EVC y familiares.
- Realizar un Proceso de Atención en Enfermería (PAE), a la persona que recién ingresa.
- Mantener las medidas de asepsia y antisepsia en todas las técnicas y procedimientos.
- Cumplir con el tratamiento médico y observar, describir las reacciones adversas y a su vez conjuntar opiniones con los demás miembros del equipo de salud.
- Observar que la dieta que se le ofrece a la personas, cumpla con los requerimientos nutricionales según sus necesidades.
- Observar cualquier signo de infección nosocomial o de ulcera por decúbito.
- Trabajar en equipo junto con el médico en el examen neurológico y en los exámenes invasivos y no invasivos que se realicen como estudios complementarios.
- Realizar sistemáticamente los cambios de posición según el estado de la persona y movilización de cama-sillón.
- Aplicar programas completos de rehabilitación en donde se incluya: Fisioterapia especializada, Terapia ocupacional, Terapia del lenguaje, Servicios sociales y de enfermería, Asistencia por psicólogos especializados, Valoración periódica por el Neurólogo.

2.8.2. Intervenciones de Enfermería en Fase Aguda del EVC.

El sistema escalonado de atención a la persona con EVC, debe responder al variante tiempo. Todo EVC se presenta como un inicio rápido del defecto neurológico, pero sus causas pueden variar ampliamente.

Cada tipo tiene tratamiento diferente, sin embargo es común para todos, la necesidad de un diagnóstico y tratamiento rápido, si es posible en las primeras horas de iniciado el daño encefálico, evitando que éste progrese o se haga permanente. Las nuevas estrategias de tratamiento que se desarrollan actualmente son efectivas en las primeras horas de la enfermedad.

Con personal entrenado en la identificación correcta de la EVC y su manejo emergente, con recursos para su traslado rápido al servicio de urgencias. La aplicación futura de la trombólisis requiere una respuesta especialmente rápida y debemos estar preparados para ello. Las principales acciones en Enfermería son:

- Identificación del paciente con la ECV.
- Determinación de signos vitales y cuando corresponda aplicar las medidas de apoyo vital.
- No administrar medicamentos hipotensores ni soluciones glucosadas, ni realizar punción lumbar. (Estas medidas lejos de ayudar pueden contribuir al deterioro de la persona).
- Garantizar el traslado rápido al servicio de Urgencias del hospital correspondiente.
- Evaluación clínica del paciente por personal especializado corroborando la presencia del EVC e identificando su tipo (sospecha clínica).



- Realizar intubación endotraqueal si existe afectación de la conciencia o compromiso ventilatorio.
- Canalización venosa y administrar solución salina al 0,9 % o solución expansora de volumen a 30-50 ml cada hora (1 000 cada 12 h.). Nunca administrar soluciones glucosadas o hipotónicas.
- Suspender la vía oral en las primeras 12 h. Colocar sonda nasogástrica y abrirla a bolsa colectora las primeras horas con vista a evitar broncoaspiración, manteniendo la misma.
- Manejo adecuado de la presión arterial, evitando los descensos bruscos de ésta.
- Valorar la administración de oxígeno si necesario.
- Tomar muestras de sangre para estudios complementarios de laboratorio.
- Realizar electrocardiograma y radiografía torácica, en busca de posible fuente embolígena o complicación cardiopulmonar secundaria al EVC.
- Realizar TAC, tan rápido como sea posible, para verificar presencia o no de sangre u otro proceso de diagnóstico diferencial.

De acuerdo con una propuesta del Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles que se realizó en Cuba, sugiere realizar actividades de acuerdo al tipo de EVC, las acciones son:

1. Si se trata de un EVC isquémico valorar:

- a) Tratamiento trombolítico.
- b) Tratamiento anticoagulante.
- c) Tratamiento antiagregantes plaquetarios.
- d) Tratamiento neuroprotector y antioxidante.

- e) Manejo de las complicaciones.
- f) Rehabilitación temprana por etapas.

2. Si se trata de una hemorragia subaracnoidea:

- a) Reposo absoluto en decúbito a 30 grados en posición fowler.
- b) Medidas para evitar el aumento de la presión intracraneal.
- c) Tratamiento preventivo del vasoespasmio
- d) Valorar con neurocirugía, angiografía temprana y cirugía precoz en las personas con buen estado clínico (estudios I y II de la escala de Hunt-Hess).
- e) Tratamiento específico de las complicaciones vasoespasmio, hidrocefalia, síndrome de hiponatremia-hipovolemia, Etcétera.

3. Si se trata de una hemorragia intraparenquimatosa:

- a) Considerar con neurocirugía posible tratamiento quirúrgico de evacuación de hematoma (según criterios).
- b) Manejo para evitar el aumento de la presión intracraneal.

El programa establece una estrategia de educación pública en el conocimiento de que el paciente con ECV constituye una emergencia médica, cuyo tratamiento es particularmente efectivo cuando se administra en las primeras horas tras el inicio de los síntomas y por tanto debe comenzarse un programa de capacitación que contemple esta prioridad según cada territorio³⁵.



2.9. NOMENCLATURA

Accidente Isquémico Transitorio (AIT): Episodio de déficit focal de la circulación cerebral, de comienzo brusco, con alteraciones que duran generalmente unos 2 – 10 minutos pero que pueden persistir hasta las 24 horas¹⁶.

Déficit Neurológico Isquémico Reversible: La duración del cuadro deficitario es superior a las 24 horas, pero los síntomas y signos desaparecen de forma total durante las tres semanas siguientes¹⁶.

Infarto Cerebral: Es la consecuencia de la falta de aporte circulatorio a un territorio cerebral se presenta un déficit neurológico, de duración superior a 24 horas. El infarto puede ser silente, pero generalmente da manifestaciones clínicas neurológicas según el territorio afectado¹⁶.

Infarto Cerebral de tipo Aterotrombótico: La lesión de la pared del vaso determina una estenosis u oclusión de la luz arterial y se produce una lesión dentro de su territorio de irrigación que puede ser total o parcial, dependiendo de la posible compensación de la circulación colateral. Dentro de este grupo también se incluyen los infartos embólicos de origen arterial en el que la alteración se produce a distancia por el desprendimiento de trombos de la pared arterial¹⁶.

Infarto Cerebral por Embolismo de origen Cardíaco: La lesión de las válvulas cardíacas, del miocardio y/o los trastornos del ritmo cardíaco dan origen a trombos que llegan a las arterias cerebrales¹⁶.

Infarto Hemorrágico cerebral: Sobre la lesión isquémica se produce un fondo hemorrágico por alteración de la barrera hematoencefálica en una zona de Reperusión, generalmente tras la lisis del embolo¹⁶.

Infarto Lacunar: Es un infarto pequeño, de menos de 15 mm, situado en las áreas profundas del cerebro o del tronco cerebral, que se produce por la oclusión de las ramas perforantes de las arterias cerebrales determinando cuadros clínicos típicos, como son: la Hemiparesia pura, síndrome sensitivo puro, Hemiparesia-ataxia o disartria-mano torpe¹⁶.

Hemorragia Intracerebral: Es la colección hemática dentro del parénquima encefálico debido a la rotura de un vaso encefálico¹⁶.

CAPITULO 3.

CALIDAD DE VIDA

La Calidad De Vida comprende una serie de significados y métodos de investigación que se ocupan de otra manera de la satisfacción, la felicidad, el afecto y el sentido de bienestar³⁶.

La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los Servicios en general.

A mediados de los 70 y comienzos de los 80, la expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como componentes subjetivos³⁷.

En 1995, encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. La Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta

experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales³⁸.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Calidad de Vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"³⁹.

Calidad de vida ha sido definida por un gran número de disciplinas, las cuales desde su contexto tratan de dar un concepto explícito tratando de abordar aspectos que componen esta, durante el desarrollo de este apartado se tratan diversas definiciones de Calidad de Vida.

El Tema de Calidad de Vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90³⁹.

Una definición de calidad de vida sería muy objetiva, ya que cada ser humano percibe su propia definición y le da valor individual, la calidad de vida la determinan diferentes factores ideológicos, religiosos, físicos e

incluso ambientales, sin embargo cabe mencionar que existe en la literatura una extensa gama de bibliografía la cual menciona que la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) se ha definido como "el valor asignado a la duración de vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social, debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada"⁴⁰.

Algunos autores mencionan que existen dos tipos enfoques de investigación de este concepto:

Enfoque Cuantitativo: Cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida, para ello ha estudiado diferentes indicadores como:

- a) Físicos: Es la percepción del Estado Físico o Salud, entendida como la ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y efectos adversos del tratamiento del tratamiento.
- b) Psicológicos: Es la percepción que el individuo tiene acerca de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- c) Social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad

de apoyo familiar y social, la relación enfermera-persona y el desempeño laboral.

Enfoque Cualitativo: Que adoptan una postura de escucha mientras relata sus experiencias, desafíos, problemas y como los servicios puede apoyarle eficazmente^{41, 42}.

En relación a la Atención en Salud, deja de lado en muchas ocasiones, el bienestar, donde se ubica solo combatir la enfermedad, por el uso complicado de procedimientos tecnológicos complicados, que sin duda ha representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes mortales.

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la que la vida de los seres humanos serán lo que más influyan a la hora de que las personas evalúen su calidad de vida³⁹.

La percepción de la persona en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, es decir el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, permitirá reconocer los mecanismos que inciden negativamente en CVRS de la persona y encarar intervenciones psico-sociales que promuevan el mayor bienestar³⁹.

El bienestar definido como el funcionamiento diario del individuo, donde se entiende por Bienestar, el estado de salud óptimo posible, resultado de las actividades y comportamientos de cada persona encaminado a lograr un equilibrio en todas sus dimensiones: físicas, psicológicas, sociales, esto nos induce a pensar que ya sea la persona sana o enferma puede alcanzar el bienestar.

Es también tarea de las ciencias de la salud en especial de medicina, optimizar las situaciones en las que es posible conseguir una calidad de vida razonable, incluyendo la promoción de bienestar a través de intervenciones psico-sociales, cuando sea necesario, dentro de los tratamientos habituales.

Hoy en día la Calidad de Vida es un concepto manejado por diferentes ámbitos profesionales, lo cual ha producido en estos 10 años un incremento en las investigaciones; las Ciencias de Salud, los avances en la medicina, el incremento del envejecimiento de la población, las constantes evaluaciones por parte de las personas a los servicios de salud y a su calidad de vida, son factores que las enfermeras (os), deben de tomar en cuenta para facilitar las herramientas que incorporen a las personas con EVC a su vida diaria, de igual manera contribuyendo a que sientan un bienestar desde su contexto.

3.1. OTRAS DEFINICIONES DE CALIDAD DE VIDA

Calidad de Vida es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo⁴³.

La esencia de este concepto nos permite reconocer la percepción de la persona en cuanto a su entorno físico, psíquico, social y espiritual. Esto va a depender de sus creencias, valores costumbres y su contexto histórico y cultural.

CAPITULO 4.

CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Se realizó un estudio no experimental de corte transversal a 39 personas con EVC, procedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de La Habana Cuba; evaluaron la influencia de los factores clínicos y psicosociales sobre la calidad de vida de las personas con EVC, concluyendo: Los aspectos psicosociales influyeron más en la calidad de vida de estas personas que los factores clínicos⁴⁴.

La EVC influye en todos los aspectos de la calidad de vida salvo en el dolor, resultados del estudio que se realizó en la ciudad de Kansas, para valorar el estado de salud en individuos con EVC, incluyo 304 personas con EVC, 184 personas con EVC Isquémico Transitorio, 654 personas con un historial de factores de riesgo para presentar un EVC⁴⁵. También se ha analizado la evolución de la calidad de vida en los meses posteriores al EVC. En un estudio transversal de 45 personas, en Universidad Jean Monnet en Francia, sugieren que la calidad de vida de los sujetos con EVC se deteriora después de los 6 meses de la EVC en comparación con los 6 primeros meses tras el mismo⁴⁶. Por otra parte, en un estudio de seguimiento, que se realizó en la Academia Vrije Amsterdam, a 35 personas después de sufrir un EVC, se produce un deterioro en la

calidad de vida en el que influyen de forma negativa la presencia de depresión y el grado de paresia y que tiende a mejorar hacia el año⁴⁷.

Otros autores han investigado los factores que pueden influir en la calidad de vida de las personas con EVC, donde se ha encontrado que el deterioro de la calidad de vida existente al año del EVC se relaciona con el grado de paresia del miembro superior⁴⁸. El déficit neurológico en fase aguda es el factor predictor más importante de la calidad de vida en 65 personas jóvenes con EVC. El sexo femenino, la edad avanzada, el buen estado de salud mental y general así como un buen apoyo social son los factores que mejor se relacionan con el bienestar subjetivo de personas con EVC⁴⁹.

El EVC es una enfermedad que condiciona o limita las actividades físicas de las personas que la sufrieron y se cree que de manera determinante este sea el factor por el cual su calidad de vida sea peor, hoy en día, existen numerosas evidencias de que a medida que progresa la enfermedad, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena⁵⁰.

En la Universidad Miguel Hernández de San Juan Alicante España, se realizó un estudio de 151 personas que ingresan de un centro hospitalario y 151 que no estaban hospitalizadas tomándolos como

grupo control, con el objetivo de determinar si la calidad de vida previa es un factor de riesgo para un EVC, concluyeron que la Calidad de Vida previa al EVC no es un Factor de Riesgo para padecerla⁵¹.

CAPITULO 5.

DEPRESIÓN

La depresión ha sido denominada en la actualidad como una patología de "moda", lo importante sería investigar cuántas de estas personas la saben identificar como tal, aun cuando existen muchas cosas en el mundo que se encuentran al alcance de todos y de una manera fácil y cómoda el 80% de la población se entristece de infinidad de situaciones o circunstancias. De acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM-IV), el sujeto debe experimentar al menos cuatro síntomas en el episodio depresivo mayor, en un periodo de al menos dos semanas en las cuales éstos deben mantenerse la mayor parte del día, durante el cual presentan un decaimiento del ánimo o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades; debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, disminución aguda del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades ⁵².

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad

personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado⁵³.

5.1. TIPOS DE DEPRESIÓN

Al igual que en otras patologías existen varios tipos de depresión y a continuación se describen los tres tipos:

La **depresión severa** se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

La **distimia**, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Se considera que los trastornos relacionados con el déficit de serotonina pueden afectar al 30 % de las personas. La distimia sería el más frecuente de ellos.

El **trastorno bipolar**, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas⁵³.

5.2. SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Los síntomas de la depresión según la Asociación de Psiquiatría Americana, considera que una persona depresión mayor cuando ininterrumpidamente en 14 días presenta por lo 5 de los siguientes síntomas y 3 síntomas en depresión menor.

- Pesad, tristeza la mayor parte del día (a veces irritabilidad en niños y adolescentes).

- Disminución importante en el interés de las actividades diarias.
- Aumento o Disminución importante en el apetito.
- Insomnio o Sueño excesivo.
- Agitación (es se puede notar por el frotamiento continuo en las manos), Lentitud de movimientos.
- Sentimientos de inutilidad y culpabilidad.
- Indecisión o Capacidad disminuida para pensar o concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte, abandono o suicidio.

La depresión es una pandemia que tiende a ser invisible, ya que muchas personas con depresión son retraídas o aisladas y se cree que es su personalidad⁵⁴.

5.3. FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Las áreas encefálicas relacionadas con la depresión son el córtex prefrontal, el núcleo estriado, la amígdala y el hipotálamo. El neocórtex y el Hipocampo están involucrados en los aspectos cognitivos de la depresión, es decir, en las ideas o sentimientos de culpa, en falta de autoestima, de desesperanza y autolíticas, y en alteraciones de la memoria, esto se relaciona con el aumento significativo de riesgo de depresiones en personas con padecimientos como tumores o lesiones vasculares a nivel del lóbulo frontal⁵⁵.

Dentro del córtex prefrontal se encuentra en el cíngulo anterior el área subgenual, los pacientes con lesiones en esta área cerebral presentan alteraciones en la respuesta autonómica a estímulos emocionales,

además de incapacidad de expresar emoción a situaciones emotivas e imposibilidad para utilizar información sobre la probabilidad de castigo o recompensa como guía en el comportamiento social⁵⁶.

En el cíngulo anterior se encuentra también el área pregenual, que si se estimula con electricidad produce miedo, pánico y presentimientos⁵⁷.

Estudios realizados del córtex orbital prefrontal sugieren su relación con la modulación del comportamiento, más específicamente en la respuesta cognitiva de defensa al miedo y el comportamiento dirigido a la recompensa. Se ha observado un aumento del flujo cerebral en la zona posterior del córtex orbital cuando se induce a individuos sanos tristeza, pensamiento obsesivo y ansiedad. Pacientes con lesiones en el córtex orbital presentan un deterioro en la planificación de las tareas que requieren información relacionada con la recompensa y el castigo, y muestran dificultades en configurar estrategias ante circunstancias cambiantes, perseverando en actitudes inadecuadas^{58, 59}. Se cree que en la depresión esta área pueda estar relacionada con la respuesta emocional excesiva a estresantes y la ideación obsesiva.

Con respecto a las áreas dorsomedial y dorsoanterolateral del córtex prefrontal se postula que cuando se activan, modulan la expresión emocional, disminuyendo la ansiedad y la frecuencia cardíaca⁶⁰.

También en los Trastornos Afectivos se hallan lesiones en áreas que no están directamente relacionadas con el procesamiento emocional, ya

que debemos tener en cuenta que en la depresión existen síntomas de tipo cognitivo, psicomotor y neurovegetativo. Se ha visto que las áreas dorsolateral del córtex prefrontal y el área dorsal del cíngulo anterior están relacionadas con el lenguaje, la atención, la memoria, la función visoespacial y la memoria⁵⁵.

El núcleo estriado, en especial el estriado ventral o núcleo accumbens, que durante años se había involucrado en los mecanismos de recompensa del consumo de tóxicos, se ha visto que tiene un papel importante en la regulación del humor⁵⁵.

La amígdala condiciona de forma fundamental la respuesta a estímulos temerosos y a estímulos agradables, es decir elabora la memoria emocional⁵⁵.

El hipotálamo es quien media los síntomas neurovegetativos, como son el sueño, el apetito, la energía y la libido. Una de sus características fundamentales es su papel de coordinador de las distintas funciones neuroendocrinas y neurovegetativas que se alteran en la depresión (hiperactividad del eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal, hipotiroidismo subclínico, alteraciones en la función de la hormona del crecimiento y de la prolactina) ⁶⁰.

5.4. EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN

La prevalencia de episodios depresivos durante la vida, sin excluir el trastorno bipolar, represento 7.9 de cada 100 habitantes de la ciudad de México de 18 a 65 años. La prevalencia específica de muestra predominio en las mujeres con 10%, y en los hombres es de 5.2 % ⁶¹.

Respecto a la vulnerabilidad genética, ya Kraepelin constató la idea de que aquellos individuos que presentaban predisposición genética para padecer un Trastorno Afectivo y se exponían a un estresante vital, tenían más riesgo de desarrollar un Trastorno Afectivo que aquellos que no. Además postuló que una vez iniciada la enfermedad el proceso era independiente del estresor⁵⁵. Estudios epidemiológicos reflejan que el 40-50% del riesgo de padecer un trastorno depresivo es de origen genético, por lo que se debe considerar al Trastorno Depresivo una enfermedad con alto componente hereditario. Pero hasta la fecha la búsqueda de los genes específicos que conforman esta vulnerabilidad ha sido frustrante, debido a varios factores, como la heterogeneidad clínica de la enfermedad, su complejidad y la posibilidad de que varios genes estén implicados. Tampoco debemos olvidar el papel etiológico de los factores no-genéticos, como el estrés, los traumas emocionales o las infecciones virales, entre otros. Está bien evidenciado cómo los episodios depresivos suelen ocurrir habitualmente en el contexto de un estresante,

pero debemos tener en cuenta que el estrés *per se* no es suficiente para causar depresión⁶², ya que ante un estrés de igual intensidad no todo el mundo desarrolla un episodio depresivo. Todo esto recalca que la depresión es un trastorno causado por la interacción entre la predisposición genética y algunos factores ambientales.

CAPITULO 6.

DEPRESIÓN Y ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Es cierto se conoce la importancia de las alteraciones del estado de ánimo en personas que sufren procesos patológicos crónicos y retomando lo ya mencionado, se reconoce la presencia de alteraciones depresivas en pacientes con EVC, la depresión es la forma más común del sufrimiento mental, causa serios problemas en la vida familiar, social y laboral de los personas que la padecen. Tiene un impacto muy negativo en la calidad de vida de estas personas. En todo el mundo afecta 1 de cada 5 persona sin embargo la reacción general, tanto de pacientes depresivos como de familiares y amigos, es de impotencia e incompreensión⁶³.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente tras un EVC. Un episodio depresivo se caracteriza por la presencia o ausencia de síntomas definidos, que no incluyen necesariamente la tristeza. Los síntomas de la enfermedad depresiva se manifiestan en tres áreas: afectiva, somática y cognitiva. El trastorno afectivo incluye una reactividad emocional reducida, anhedonia y aislamiento social. Los síntomas somáticos incluyen fatiga, estreñimiento, anorexia, trastornos del ritmo vigilia-sueño y disminución de la libido⁶⁴.

Existen dos hipótesis para explicar el origen de la depresión pos-EVC:

La primera de ellas establece que la depresión es la reacción de la persona que ha sufrido un EVC, al sentirse incapaz de enfrentarse eficazmente a su limitación funcional motora. Ello supone una dosis-efecto según la cual, en cuanto mayor sea la limitación funcional física (dosis), mayor será la gravedad (efecto) de la enfermedad depresiva. En cambio la hipótesis biológica de la depresión establece que el trastorno anímico pos-EVC sería consecuencia de un trastorno de la función neuronal, habitualmente relacionada con infartos en zonas estratégicas del cerebro (lóbulo frontal y Ganglios basales) ⁶⁵.

El EVC puede limitar de modo significativo el desempeño funcional, teniendo consecuencias negativas en las relaciones personales, familiares, sociales y sobre todo en la calidad de vida. Sin embargo, la depresión no siempre se debe al déficit neurológico en sí. Dentro de las complicaciones psiquiátricas más frecuentes en los pacientes con EVC, esta la depresión que es la de mayor prevalencia y la que está asociada a un peor pronóstico⁶⁶.

Muchos estudios han investigado una relación entre los lugares neuroanatómicos de la lesión cerebral y la incidencia de depresión pos-EVC, con el objetivo de ganar una conclusión fuerte y creíble, donde solo se ha encontrado una gran controversia entre los diferentes autores de estos estudios. En Agosto del 2004 se realizó un meta-análisis en Taipéi, donde se incluyeron 3,668 personas que participan en 52 estudios, encontraron que había una relación débil entre Depresión

post-EVC (PSD) y la lesión en el hemisferio derecho. Las fuentes principales de resultados de estudios heterogéneos incluyeron la exclusión sistémica de pacientes con afasia y los diferentes instrumentos para diagnosticar la depresión. Refiere el estudio, que futuros esfuerzos deberían apuntar a mejorar normas para reportar estas investigaciones, mejorar instrumentos de evaluación para evaluar la depresión de personas afásicos y adoptar metodologías de estudios apropiadas para investigar la relación entre la localización de la lesión y PSD⁶⁷.

Sin embargo un año antes en el 2003 se publica un estudio de meta-análisis, donde los resultados mostraron que había una correlación inversa entre la severidad de la depresión y la distancia de la lesión hemisférica izquierda que en el hemisferio derecho, en pacientes con estudios de Tomografía Computarizada y Resonancia Magnética. Este estudio apoya la hipótesis que el riesgo de depresión pos-EVC está relacionado a la localización de la lesión cerebral⁶⁷. Mencionan autores que realizaron un informe sobre un meta-análisis de todos los estudios de depresión pos-EVC (PSD), que examinó la asociación de la prevalencia de la depresión y la localización de la lesión, concluyendo "no hay ningún apoyo a la hipótesis que el riesgo de depresión después del EVC es determinado por la localización de la lesión. Carson; sin embargo no revisó una segunda hipótesis que sugiere que hay una correlación significativa entre la proximidad de la lesión al lóbulo frontal

y la severidad de síntomas depresivos durante los primeros 6 meses después del EVC⁶⁸.

Algunos autores defienden la existencia de una especificidad regional, argumentando la existencia de un mayor riesgo de depresión en aquellos pacientes con infartos corticales pequeños y/o localizados en la región frontal izquierda⁶⁹.

CAPITULO 7.

DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA

La depresión pos-EVC es un factor limitador para la calidad de vida y durante el proceso de neurorrehabilitación en supervivientes del infarto. La depresión pos-EVC es potencialmente tratable, y su diagnóstico debería plantearse ante cualquier mudanza del estado de ánimo de un superviviente a un EVC⁷⁰.

En cualquier circunstancia del ser humano, sea cual sea la situación que vive, la depresión es un trastorno debilitador y a medida que crece disminuyen las esperanzas de mantener una calidad de vida acorde a la ideología de cada persona. Entonces pensemos que en estas personas pos-EVC cuyo problema se presentó de manera inesperada junto con sus secuelas y a pesar que la depresión puede ser un problema orgánico, también puede presentarse por influencia de factores externos; en cada consulta y en cada momento el personal de Salud debe estar alerta de presentarse esta situación.

METODOLOGÍA

Diseño

Se trató de un estudio observacional, transversal, analítico, prospectivo.

Población y muestra

33 Personas con diagnóstico confirmado de EVC que acudieron al departamento de Consulta Externa a la Clínica de Vascular y al Departamento de rehabilitación del INNYNMVS.

Criterios de selección del estudio

Criterios de inclusión

Colaboración voluntaria.

Que hayan firmado el consentimiento informado.

Con diagnóstico de EVC confirmado por RM o TAC.

Que sepan leer y escribir.

Sin importar género.

Personas con cualquier tipo de EVC.

Criterios de exclusión

Que no deseen participar en el proyecto.

Se excluyeron a las personas con afasia.

Variables Dependientes

- La Calidad de Vida.

Variables Independientes

- La funcionabilidad motora.
- Los síntomas depresivos.
- Situación Sociodemográfica.

IV HIPÓTESIS

1.

H1: La calidad de vida en personas con EVC se correlaciona con la funcionalidad motora.

H0: La calidad de vida en personas con EVC no se correlaciona con la funcionalidad motora.

2.

H1: La calidad de vida de persona con EVC se correlaciona con síntomas de depresivos.

H0: La calidad de vida de personas con EVC no se correlaciona con síntomas depresivos.

CAPITULO VII.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

INSTRUMENTOS PARA MEDIR VARIABLES:

DEPENDIENTE DE TIPO ORDINAL:

- Puntaje de Calidad de Vida, Escala de Calidad de Vida para el Ictus (ECVI-38). El cuestionario consta de 38 ítems agrupados en ocho dominios de la Calidad de Vida (CV). Problemas físicos, Comunicación, Cognición, Emociones, Sentimientos Actividades básicas de la vida, Funciones familiares, Funciones sociales. El propósito del cuestionario es evaluar como hay impactado en la salud y en la vida de la persona que ya presento una EVC^{71, 72}.

INDEPENDIENTES DE TIPO ORDINAL:

- Depresión con escala de Beck. El Inventario de depresión de Beck (BDI). El original es de 1961, tiene 21 ítems, y es una escala auto aplicada. Más tarde, en 1979, el BDI fue modificado por el mismo autor para tener en cuenta la percepción del paciente en el momento actual y pasado reciente: se le dio el nombre de BDI-1 A. Esta nueva versión fue adaptada, traducida y validada al español por Vázquez y Sanz en 1991, y ésta es la que más se utiliza en España actualmente en práctica clínica. Recientemente se ha publicado el BDI-II, pero aún no hay adaptación y validación al español⁷³.

Rango de los resultados del Inventario de Beck:

1. 0 – 9 Mínima Depresión
2. 10 – 16 Ligeramente Deprimido
3. 17 – 29 Moderadamente Deprimido

4. 30 – 63 Severamente Deprimido

- Índice de función de Barthel. El índice de Barthel fue publicado en 1965 por Mahoney y Barthel tras diez años de experiencia en su uso para valorar y monitorizar los progresos en la independencia en el auto cuidado de pacientes con patología neuromuscular y/o músculo esquelético. También se recomienda para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en pacientes ancianos, es una escala heteroadministrada. Es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional de pacientes con patología cerebro vascular aguda y sus complicaciones como la demencia vascular. Evalúa 10 ABVD dando más importancia a la puntuación de los ítems relacionados con el control de esfínteres.

Para una mejor interpretación, sus resultados globales se han agrupado en cinco categorías:

1. 0-20 Dependencia Total
2. 21-60 Dependencia Severa
3. 61-90 Dependencia Moderada
4. 91-99 Dependencia Escasa
5. 100 Independencia⁷⁴.

- Cuestionario Sociodemográfico.

Genero, Edad, Edo. Civil, Escolaridad, Ocupación, Tipo de EVC, Territorio afectado, Tipo de Tenencia, servicios intradomiciliarios, Material de Construcción, Zona de Ubicación, No. De cuartos de la vivienda y No. De personas que habitan en esa casa. Hábitos.

CAPITULO VIII.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se realizó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 13.0, esta información se obtuvo de la aplicación de los instrumentos aplicados a 33 personas con diagnóstico de Enfermedad Vascul ar Cerebral, que participaron en esta investigación. Se realizó un análisis descriptivo de los datos para conocer su distribución.

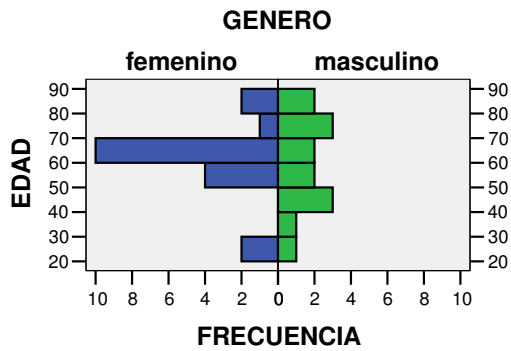
De las 33 personas incluidas, 19 (57.6%) pertenecen al género femenino y 14 (42.4%) al masculino, encontrando un mínimo de edad de 22 años y un máximo de 84 años, con una media de 59.39 y una desv. típ. de 15.67. (Fig.1)

GENERO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Femenino	19	57.6	57.6	57.6
Masculino	14	42.4	42.4	100.0
Total	33	100.0	100.0	

EDAD

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	33	22	84	59.39	15.674
N válido (según lista)	33				



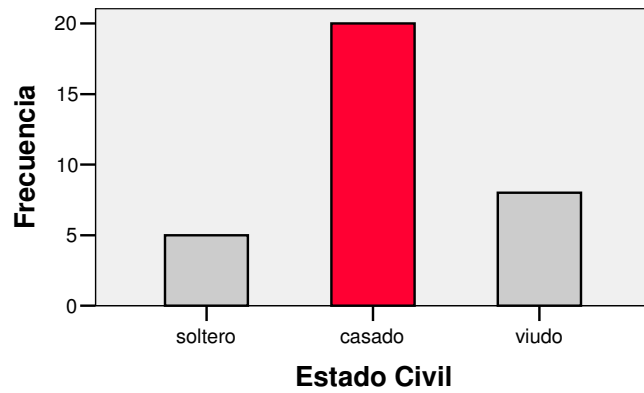
*Fig.1

*FUENTE: Cuestionario Sociodemográfico aplicado a pacientes participantes de la investigación de Calidad de Vida en personas con EVC y sus posibles determinantes.

El 60.6 % son casados (Fig.2) y el 30.3 % no terminaron la primaria (Fig.3), el 48.5 % realizan actividades dentro del hogar, donde reciben como pago la alimentación, techo y algunos cuidados es por ello que clasificamos esta ocupación como no remunerada (Fig.4).

ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	soltero	5	15.2	15.2	15.2
	casado	20	60.6	60.6	75.8
	viudo	8	24.2	24.2	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

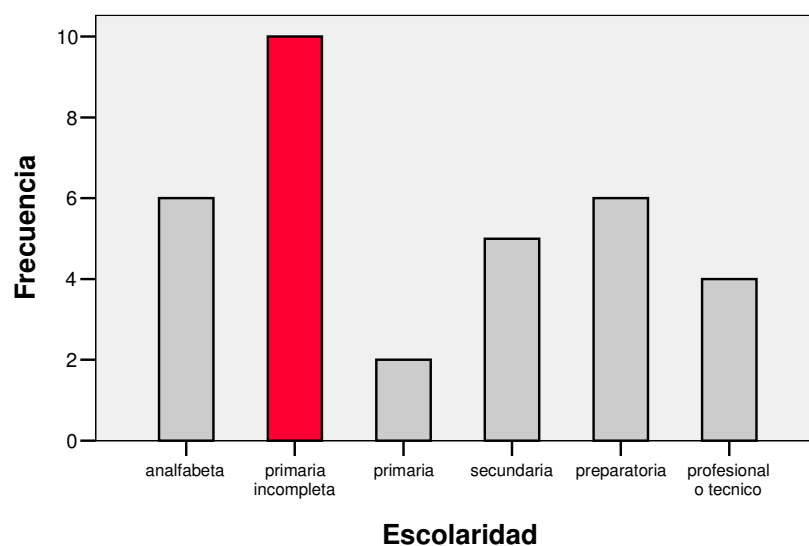


*Fig.2

*FUENTE: Cuestionario Sociodemográfico aplicado a pacientes participantes de la investigación de Calidad de Vida en personas con EVC y sus posibles determinantes.

ESCOLARIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeta	6	18.2	18.2	18.2
	Primaria Incompleta	10	30.3	30.3	48.5
	Primaria	2	6.1	6.1	54.5
	Secundaria	5	15.2	15.2	69.7
	Preparatoria	6	18.2	18.2	87.9
	Profesional o Técnico	4	12.1	12.1	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

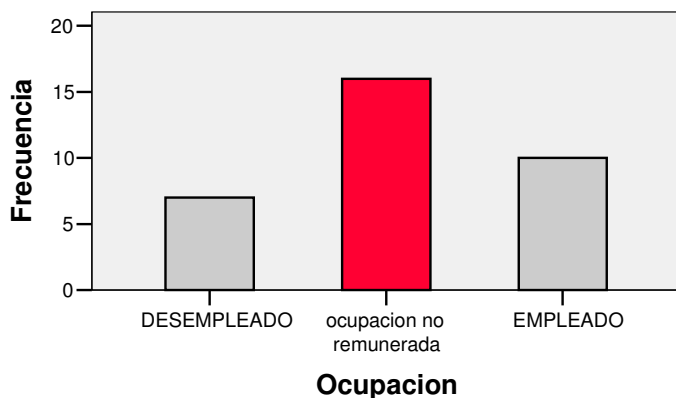


*Fig.3

*FUENTE: Cuestionario Sociodemográfico aplicado a pacientes participantes de la investigación de Calidad de Vida en personas con EVC y sus posibles determinantes.

OCUPACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Desempleado	7	21.2	21.2	21.2
Ocupación no Remunerada	16	48.5	48.5	69.7
Empleado	10	30.3	30.3	100.0
Total	33	100.0	100.0	



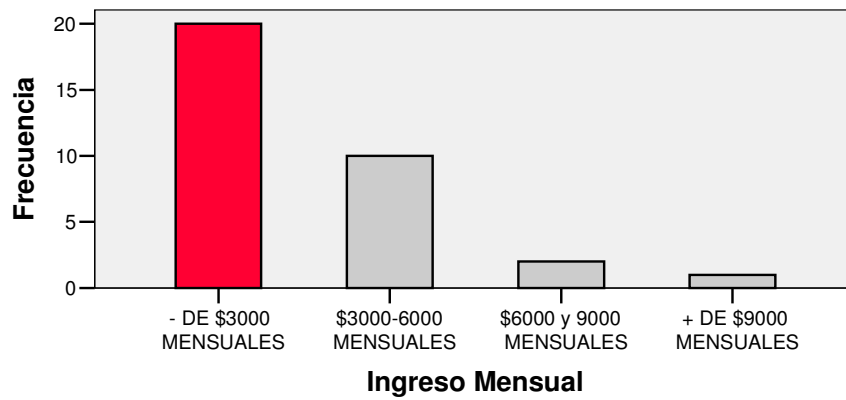
*Fig.4

Los que cuentan con empleo o bien ya se encuentran jubilados reciben el menos de \$ 3,000 pesos al mes (60.6%) (Fig.5). El 21.2 % dependen económicamente de sus hijos (Fig.6).

INGRESO MENSUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos - De \$3000 pesos Mensuales	20	60.6	60.6	60.6
\$3000 - \$6000 Mensuales	10	30.3	30.3	90.9
\$6000 - \$9000 Mensuales	2	6.1	6.1	97.0
+ De \$9000 Mensuales	1	3.0	3.0	100.0
Total	33	100.0	100.0	

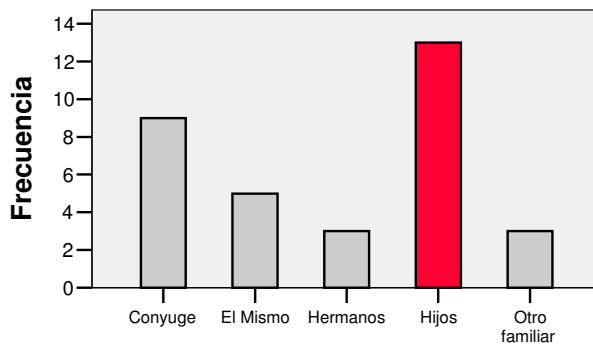
*FUENTE: Cuestionario Sociodemográfico aplicado a pacientes participantes de la investigación de Calidad de Vida en personas con EVC y sus posibles determinantes.



*Fig.5

DEPENDE DE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cónyuge	9	27.3	27.3	27.3
	El Mismo	5	15.2	15.2	42.4
	Hermanos	3	9.1	9.1	51.5
	Hijos	13	39.4	39.4	90.9
	Otro familiar	3	9.1	9.1	100.0
	Total	33	100.0	100.0	



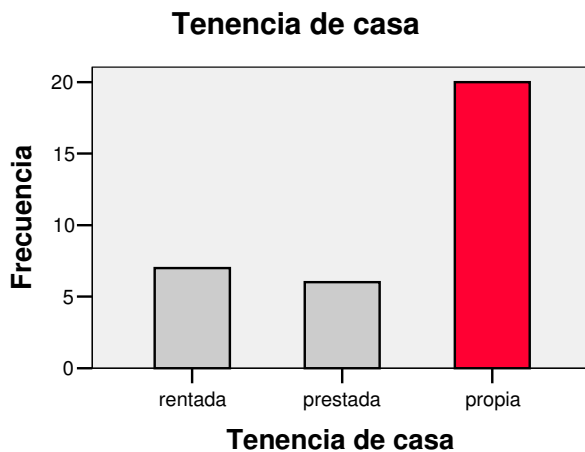
*Fig.6

*FUENTE: Cuestionario Sociodemográfico aplicado a pacientes participantes de la investigación de Calidad de Vida en personas con EVC y sus posibles determinantes.

El 60.6% de las 33 personas incluidas en el estudio viven en casa propia (Fig.7), el 63.6% viven en una casa construida de Mampostería (Fig.8) y el 69.7% residen en la Zona urbana de la Ciudad de México (Fig.9), contando el 90.9% con todos los servicios básicos para el hogar.

TENENCIA DE CASA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Rentada	7	21.2	21.2	21.2
	Prestada	6	18.2	18.2	39.4
	Propia	20	60.6	60.6	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

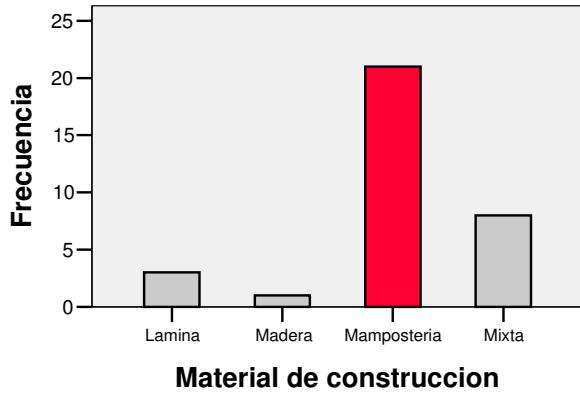


*Fig.7

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lamina	3	9.1	9.1	9.1
	Madera	1	3.0	3.0	12.1
	Mampostería	21	63.6	63.6	75.8
	Mixta	8	24.2	24.2	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

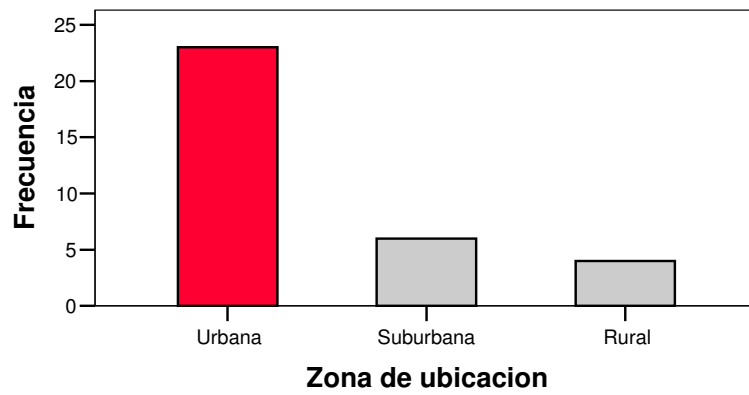
*FUENTE: Cuestionario Sociodemográfico aplicado a pacientes participantes de la investigación de Calidad de Vida en personas con EVC y sus posibles determinantes.



*Fig.8

ZONA DE UBICACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbana	23	69.7	69.7	69.7
	Suburbana	6	18.2	18.2	87.9
	Rural	4	12.1	12.1	100.0
	Total	33	100.0	100.0	



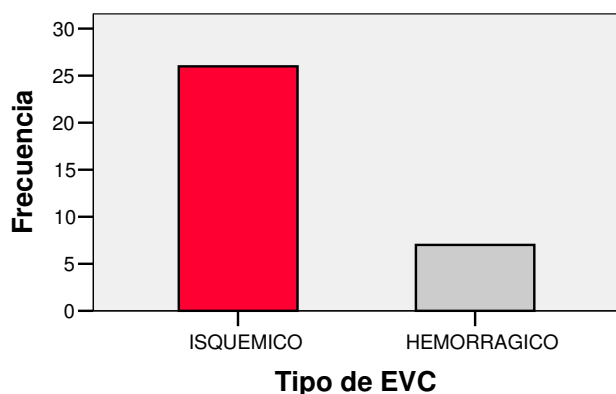
*Fig.9

*FUENTE: Cuestionario Sociodemográfico aplicado a pacientes participantes de la investigación de Calidad de Vida en personas con EVC y sus posibles determinantes.

De las personas que participaron en el estudio 26 (78.8%) fueron diagnosticadas con EVC isquémico y 7 (21.2%) EVC Hemorrágico (Fig.10).

TIPO DE EVC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Isquémico	26	78.8	78.8	78.8
	Hemorrágico	7	21.2	21.2	100.0
	Total	33	100.0	100.0	



*Fig.10

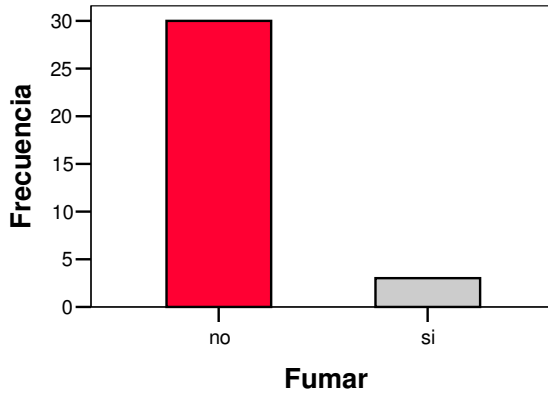
Con respecto a localizar los hábitos de estas personas encontramos que 30 (90.9%) de ellas no fuman (Fig.11) y el 97.0% (32 personas) no ingieren alcohol (Fig.12). Lo cual nos resulto de mucha importancia, ya que el Hábito de Fumar es un factor de riesgo importante para la recurrencia del EVC y uno de los más fáciles de contrarrestar con la promoción a la salud.

FUMAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válidos	no	30	90.9	90.9	90.9
	si	3	9.1	9.1	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

*FUENTE: Cuestionario Sociodemográfico aplicado a pacientes participantes de la investigación de Calidad de Vida en personas con EVC y sus posibles determinantes.



*Fig.11

INGERIR ALCOHOL

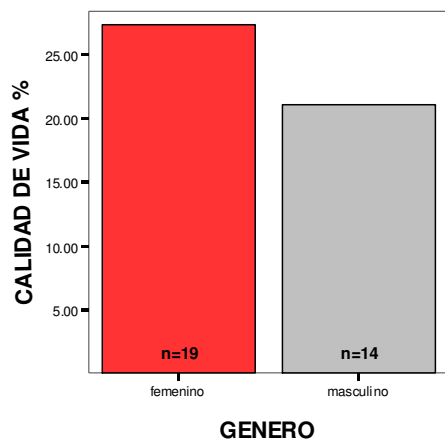
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	32	97.0	97.0	97.0
	si	1	3.0	3.0	100.0
	Total	33	100.0	100.0	



*Fig.12

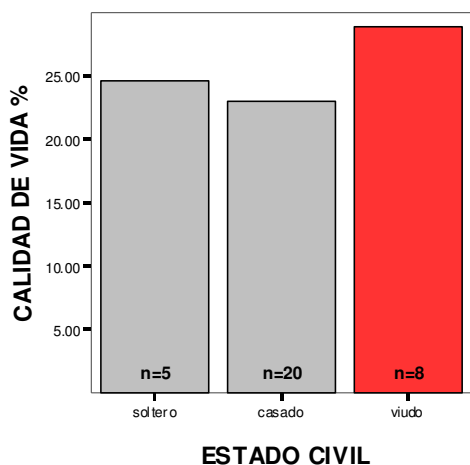
*FUENTE: Cuestionario Sociodemográfico aplicado a pacientes participantes de la investigación de Calidad de Vida en personas con EVC y sus posibles determinantes.

Por otra parte se seleccionaron las variables más representativas y se realizaron gráficos de barras para notar la relación que existe entre las variables categóricas y el ECVI-38 Total; resultando que el género Femenino relacionado con el Puntaje total de Calidad de Vida (ECVI-38) se ve mayormente afectada su Calidad de Vida. (Graf.1)



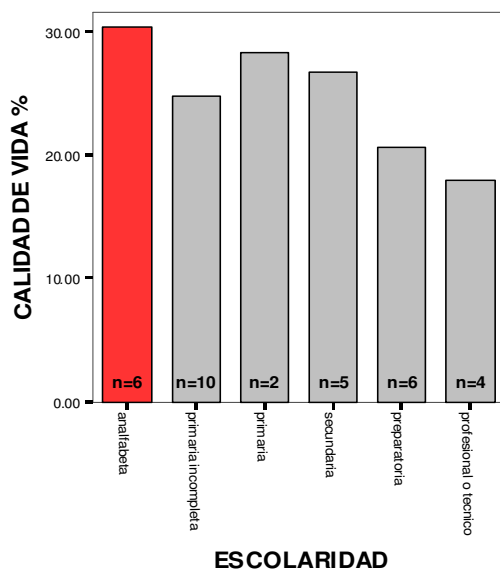
*Grafica 1

En la asociación Calidad de Vida (ECVI-38) y el Estado Civil de las personas que participaron en el estudio resulto que; las personas viudas tienen una peor calidad de Vida. (Graf. 2)



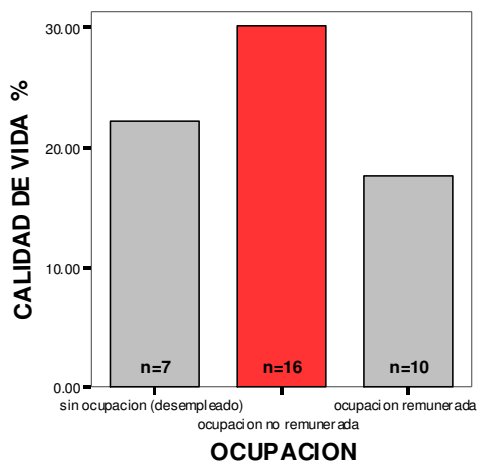
*Grafica 2

*FUENTE: Puntaje total del Instrumento ECVI-38 y Cuestionario Sociodemográfico aplicado para este estudio. Las personas analfabetas resultaron con Peor Calidad de Vida en relación con los que no terminaron la primaria, quienes fueron las personas que predominaron en el estudio. (Graf. 3)



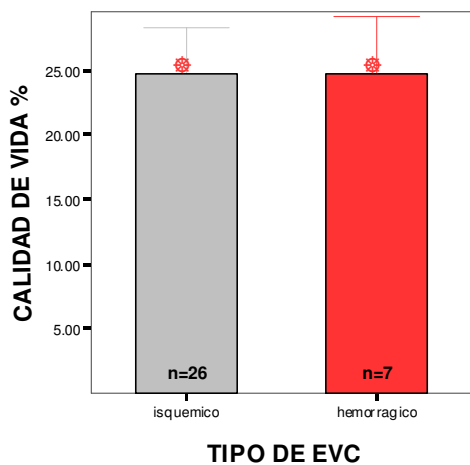
*Grafica 3

Las personas que tienen una Ocupación no remunerada sufren una Peor Calidad de Vida, tal vez esto se deba a los costos que implican la enfermedad y el saber que no son activos en lo económico.



*Grafica 4

*FUENTE: Puntaje total del Instrumento ECVI-38 y Cuestionario Sociodemográfico aplicado para este estudio. Con respecto al ECVI-38 total y el tipo de EVC, las personas que sufrieron un EVC Hemorrágico fueron las que presentaron la Peor calidad de vida. (Graf.5)



*Grafica 5

*FUENTE: Puntaje total del Instrumento ECVI-38 y Cuestionario Sociodemográfico aplicado para este estudio. Se aplicó un análisis estadístico bivariado para responder a la pregunta de hipótesis, haciendo correlaciones de Rho Spearman. Analizando los datos con Gráficas de Puntos e interpretando con cuadros de correlaciones.

Obteniendo como resultado lo siguiente:

En la correlación Calidad de Vida y Edad se encontró que a mayor edad de las personas estudiadas Peor Calidad de Vida, con una significancia de 0.513. (Graf.6)

CALIDAD DE VIDA & EDAD

		EDAD	CALIDAD DE VIDA %
EDAD	Correlación de Pearson	1	.467(**)
	Sig. (bilateral)		.006
	N	33	33
CALIDAD	Correlación de Pearson	.467(**)	1

DE VIDA %	Sig. (bilateral)	.006	
	N	33	33

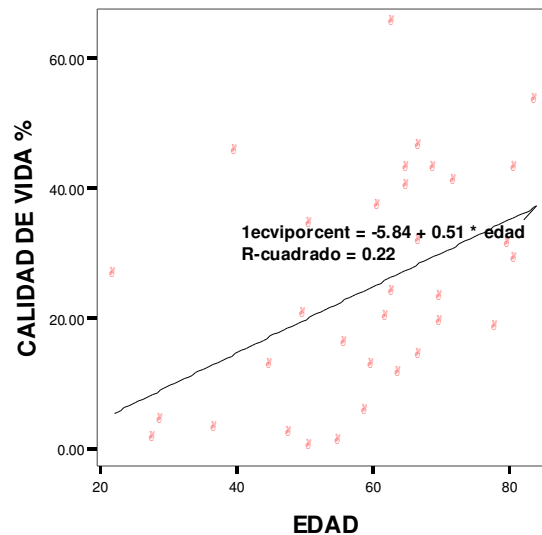
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

			EDAD	CALIDAD DE VIDA %
Rho de Spearman	EDAD	Coeficiente de correlación	1.000	.513(**)
		Sig. (bilateral)	.	.002
		N	33	33
	CALIDAD DE VIDA %	Coeficiente de correlación	.513(**)	1.000
		Sig. (bilateral)	.002	.
		N	33	33

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*FUENTE: Puntaje total del Instrumento ECVI-38 y Cuestionario Sociodemográfico aplicado para este estudio.

GRAFICA DE PUNTOS DE CORRELACIÓN ECVI-38 Y EDAD



*Grafica 6

*FUENTE: Puntaje total del Instrumento ECVI-38 y Cuestionario Sociodemográfico aplicado para este estudio.

Con respecto a la correlación Calidad de Vida e Índice Barthel, se encontró que las personas que demostraron de acuerdo a la escala de Barthel independencia tienen una mejor calidad de Vida.

CALIDAD DE VIDA & BARTHEL

		CALIDAD DE VIDA %	BARTHEL
CALIDAD DE VIDA %	Correlación de Pearson	1	-.438(*)
	Sig. (bilateral)		.011
	N	33	33
BARTHEL	Correlación de Pearson	-.438(*)	1
	Sig. (bilateral)	.011	
	N	33	33

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

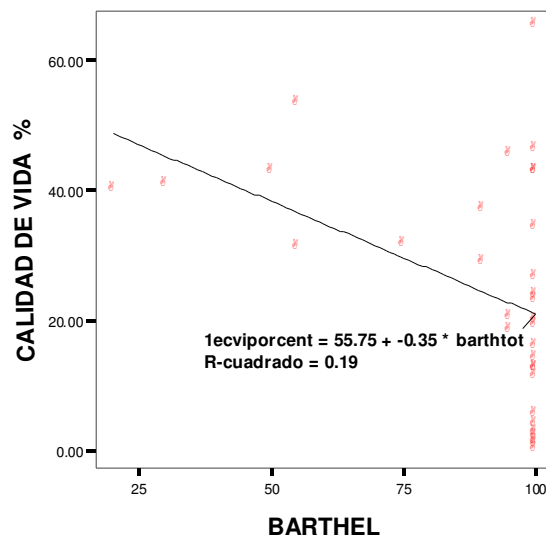
			CALIDAD DE VIDA %	BARTHEL
Rho de Spearman	CALIDAD DE VIDA %	Coeficiente de correlación	1.000	-.497(**)
		Sig. (bilateral)	.	.003
		N	33	33
	BARTHEL	Coeficiente de	-.497(**)	1.000

correlación		
Sig. (bilateral)	.003	.
N	33	33

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*FUENTE: Puntaje total del Instrumento ECVI-38 e Índice de Barthel.

GRAFICA DE PUNTOS DE CORRELACIÓN ECVI-38 E ÍNDICE DE BARTHEL



*FUENTE: Puntaje total del Instrumento ECVI-38 e Índice de Barthel.

La correlación del Inventario de Beck para depresión y la Calidad de Vida fueron variables interesantes ya que demostraron que a mayor puntuación de Beck, las personas con EVC tienen Peor Calidad de Vida.

CALIDAD DE VIDA & BECK

		CALIDAD DE VIDA %	BECK
CALIDAD DE VIDA %	Correlación de Pearson	1	.733(**)
	Sig. (bilateral)		.000
	N	33	33
BECK	Correlación de Pearson	.733(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	33	33

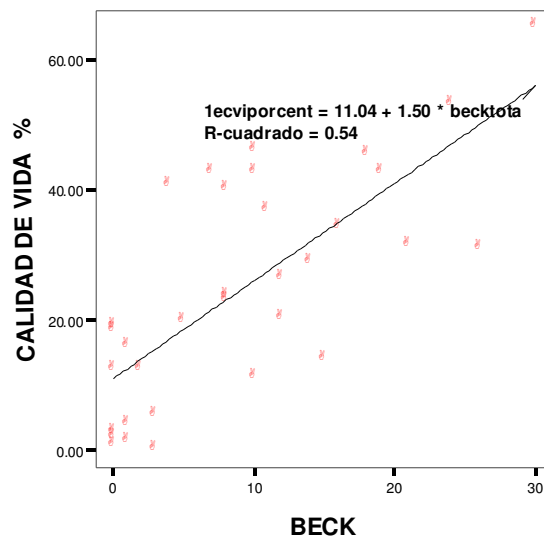
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

			CALIDAD DE VIDA %	BECK
Rho de Spearman	CALIDAD DE VIDA	Coefficiente de correlación	1.000	.717(**)
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	33	33
BECK		Coefficiente de correlación	.717(**)	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	33	33

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*FUENTE: Puntaje total del Instrumento ECVI-38 e Inventario de Beck.

GRAFICA DE PUNTOS DE CORRELACIÓN ENTRE ECVI-38 E INVENTARIO DE BECK



*FUENTE: Puntaje total del Instrumento ECVI-38 e Inventario Beck.

IX. DISCUSIÓN

El EVC es un problema actual de Salud Pública en México, la cual es una patología limitante y devastadora para las personas que la sufren, es relevante enfatizar lo importante que es el cuidado hacia estas personas, pues hemos hallado aquí, que la enfermera debe trabajar arduamente para que la persona, aprenda a adaptarse a actividades diferentes e inusuales en una vida anterior, ya que el EVC modifica de una manera súbita su vida y la re-incorporación a esta lleva tiempo de dedicación, control, seguimiento, apego farmacológico y de rehabilitación.

En el INNYN MVS el sexo femenino fue el mayormente afectado por esta patología, encontrando que de las 33 personas que se incluyeron en el estudio el 57.6 % fueron mujeres, así mismo fueron las más afectadas en su calidad de vida. El tipo de EVC que predominó fue el Isquémico(78.8%), con respecto a la relación Calidad de Vida y Tipo de EVC, las personas con EVC hemorrágico resultaron con peor calidad de

vida, siendo un número menor de personas participantes en el estudio; entre los datos mas interesantes que se hallaron en esta investigación y resaltando los resultados antes ya descritos, hubo un mayor porcentaje de personas casadas (60.6%), al asociar la calidad de vida con el estado civil, los viudos son las personas más afectadas en cuanto a su calidad de vida, de igual forma sucedió con la escolaridad, aún cuando se tuvo un 30.3% de personas que no terminaron la primaria pero tenían los conocimientos para leer y escribir, resultaron con peor calidad de vida las personas analfabetas; en las correlaciones integradas en el análisis estadístico bivariado, los resultados fueron realmente interesantes, ya que por ejemplo, a mayor edad peor calidad de vida con una significancia del 0.513, las personas que son físicamente independientes tienen mejor calidad de vida, el hallazgo mas importante para esta investigación, que las personas que manifestaron por medio de la escala de Beck, síntomas depresivos, tienen peor calidad de vida con una significancia del 0.733, siendo también el factor condicionante de la calidad de vida. Es importante mencionar que durante la realización de este estudio se detectaron factores no incluidos dentro del proyecto, factores que serian complementarios de los ya estudiados, para definir de manera más concreta aquellas herramientas que queremos otorgar a los miembros de la salud para que se trabaje en la prevalencia y evitar la incidencia del EVC, es decir que; las personas ya afectadas por el EVC se reincorporen a sus actividades y que la población en riesgo se trate hasta

disminuirlo, con la Prevención. Es esta nuestra oportunidad de mencionar, que esta es nuestra base de mas investigaciones en EVC y además de reforzar las líneas de investigación en Enfermería, se seguirá en la búsqueda para alimentar los conocimientos, proponiendo así realizar más estudios con la participación de personas afectadas por el EVC, para conocer, sus temores, inquietudes, y así involucramos más, promoviendo cuidados de calidad que beneficien a las personas deficitarias, además de estar en el cumplimiento de un objetivo en Enfermería que es; la persona en su totalidad.

X. CONCLUSIONES

Es de suma importancia para Enfermería conocer qué factores afectan la Calidad de Vida de las personas que sufren Enfermedad Vasculare Cerebral (EVC), es decir que Enfermería debe actuar de manera activa y continua en la Promoción a la Salud y brindar apoyo Emocional y Afectivo, las cuales son herramientas muy útiles para la persona que se enfrenta a un proceso patológico.

La temática Calidad de Vida, es un tema extensamente estudiado por diferentes disciplinas. En este estudio quisimos resaltar la importancia que tiene la Calidad de Vida para todas las personas en estos días, este caso en particular estudiamos personas con EVC cuyo concepto varia al resto de las personas sanas ya que ellos manifiestan otras necesidades y prioridades para sentirse bien o felices con sus vidas. Sin alejar el hecho de que este concepto de Calidad de Vida es subjetivo, se partió de la idea de que cada uno de nosotros con ideologías distintas, culturas y capacidades físicas diferentes deberíamos de construir un concepto propio que englobara todos los aspectos que forman la vida de un ser humano.

Por otro lado el EVC es una enfermedad devastadora ya que se presenta de manera súbita afectando las actividades de la vida diaria

de las personas, las 33 personas que participaron en esta investigación manifestaron formas diferentes en las que el EVC había afectado su vida.

La depresión y el déficit en la función motora son 2 de las principales secuelas del EVC y dos causas importantes que se deben visualizar.

La depresión en la persona que ha sobrevivido un EVC, es un factor determinante y/o condicionante de la calidad de vida, ya que limita las actividades de la vida diaria así también como las expectativas de vida, dejando a un lado el apego a su persona, familia, vida social, cultural y recreativa, y de igual manera el tratamiento farmacológico y rehabilitación. La depresión es el resultado del daño cerebral post- EVC y de la deficiencia en la funcionabilidad motora. De esta forma se contesta la pregunta en un principio planteada por el grupo de investigadores que realizaron este estudio, ¿Qué determina la calidad de vida de las personas con Enfermedad Vascul ar Cerebral, la funcionabilidad motora o la presencia de depresión? De igual forma se comprobaron las hipótesis de manera satisfactoria, la calidad de vida se correlaciona con los síntomas depresivos.

XI. SUGERENCIAS

Proponemos:

1. Dar mayor difusión a Sesiones educativas de EVC a las personas en general y a las personas que ya sufrieron un EVC.
2. Organizar un programa donde Enfermería imparta medidas para controlar, prevenir los factores de riesgo modificables, captando a las personas vulnerables.
3. Dentro de este programa formar un grupo de Enfermería experto en el Tema que brinde interconsultorías, con el objetivo de retroalimentar la información preventiva y continua.
4. Implementar, también, nuevas estrategias para abordar el tema de la Patología, con un objetivo central, controlar la Prevalencia e Incidencia localizada en el INNYN MVS.

5. Trabajar directamente con el cuidador primario el cual es nuestra segunda mano para la reincorporación de la persona a la sociedad.



XII. ANEXOS

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
Manuel Velasco Suárez

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ___ / ___ / ___

Usted ha sido invitado (a) a participar en el protocolo de investigación de “Calidad de Vida en personas con Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) y sus posibles determinantes” debido a que en el Instituto se le ha realizado el diagnóstico de Enfermedad Vascul ar Cerebral.

La decisión de participar implica que usted tenga conocimiento completo del propósito y beneficios que traerá consigo el estudio, los cuales se detallan en esta carta. Cualquier duda adicional puede ser aclarada por los investigadores responsables. Una vez que usted lea este escrito y aclare sus dudas, podrá decidir si desea participar ó no en el estudio.

El proyecto tiene como objetivo Conocer qué factores determinan la calidad de vida de las personas con EVC con la finalidad de proponer alternativas para el cuidado integral del paciente para contribuir a mejorar su calidad de vida en el ámbito familiar y social.

Si usted acepta participar en este estudio es necesario que sepa que su información es confidencial y que nadie que no esté inscrito en el proyecto tiene acceso a la misma. No se proporcionara información de usted o proporcionada por usted a ninguna persona o institución que solicite sin previo consentimiento por escrito.

Se aplicara una Escala de Calidad de Vida para el Ictus, la cual valora problemas físicos que pueden presentar la personas con EVC así como problemas emocionales,

sentimentales, actividades de su vida cotidiana; escala que evaluara su función motora (escala de Barthel) y otra (Escala de Beck) que calificara si usted presenta síntomas relacionados con la depresión y/o ansiedad de igual manera se evaluara su situación social y demográfica.

Con su participación en el estudio no obtendrá beneficio económico, se espera mejorar el estado general de la persona con las propuestas que se obtengan después del análisis de los resultados.

Este proyecto no tiene ningún efecto indeseable y ningún riesgo, además de ningún costo adicional a la persona y a la familia

Su participación se considera completamente voluntaria y usted puede desistir de participar o continuar en el estudio en el momento que lo desee. Esta determinación no afectara su relación con el Instituto.

Si usted considera que cualquiera de los puntos antes mencionados no está claro, o le surgen dudas nuevas, le pedimos aclararlas con los investigadores responsables antes de determinar si participara o no en el estudio. Para cualquier duda o aclaración se puede comunicar al TEL.56063822 Ext. 3005-5031 con Banda Pérez Janett de la ENEO-UNAM o bien con el Dr. Camilo Ríos Castañeda a la Ext. 2005 de igual manera con el Dr. Antonio Arauz o Dr. Mario López a la Ext. 4466 del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

AUTORIZACIÓN

He leído el contenido de este escrito y al firmar esta forma he decidido libre y voluntariamente participar en el estudio.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PARTICIPA:

FIRMA: _____ TELÉFONO: _____



ANEXO II. CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRÁFICO

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: Mujer _____ Hombre: _____

Teléfono: _____ No. De Expediente: _____

Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Tipo de EVC: _____

2. VIVIENDA

Domicilio Actual: _____

➤ Tipo de Tenencia:

Rentada _____

Prestada _____

*Propia Pagada _____ *Si se encuentra en proceso de pago es rentada

➤ Servicios intradomiciliarios:

Agua _____ Luz _____ Drenaje _____ Teléfono _____ Refrigerador _____ T.V. _____

➤ Material de Construcción:

Lámina _____ Madera _____ Mampostería _____ Mixta _____

➤ Zona de Ubicación:

Urbana _____ Suburbana _____ Rural _____

➤ Número de cuartos (contando baño, sala, comedor)

4 o más _____ 3 _____ 2-1 _____

➤ Número de personas que viven en esta casa

4 o más _____ 3 _____ 2-1 _____

3. HÁBITOS

➤ Usted es fumador: Si _____ No _____

¿Cuántos cigarrillos consume al día? _____

➤ ¿Consume alcohol?: Si _____ No _____

Veces a la semana: _____

4. TRABAJO

➤ ¿Usted actualmente trabaja?

Si _____ ¿En dónde?

No _____ ¿De quien depende?

5. INGRESO MENSUAL

Mayor de \$ 9.000

\$ 6.000 - \$ 9.000

\$ 3.000 - \$ 6.000

Menor de \$3.000



ANEXO III. ESCALA PARA CALIDAD DE VIDA PARA EL ICTUS ECVI-38

I. A continuación, le presentamos un grupo de preguntas sobre problemas físicos que pueden presentar las personas que han sufrido un accidente cerebrovascular.

	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
1. ¿Cuánta dificultad tiene usted para o con...?					
a. Mover las extremidades	5	4	3	2	1
b. Utilizar las manos	5	4	3	2	1
c. Caminar	5	4	3	2	1
d. Mantener el equilibrio	5	4	3	2	1
e. Dolor o molestias físicas	5	4	3	2	1
2. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?					
a. Hablar	5	4	3	2	1
b. Comunicarse con otras personas	5	4	3	2	1
c. Leer	5	4	3	2	1
d. Escribir	5	4	3	2	1
3. ¿Cuánta dificultad tiene usted en...?					
a. Su concentración	5	4	3	2	1
b. Su memoria	5	4	3	2	1
c. Su capacidad mental	5	4	3	2	1

Octubre 2004

II. A continuación, le presentamos un grupo de preguntas sobre problemas emocionales o sentimientos que pueden experimentar las personas que han sufrido un ictus. Usted responderá cómo se siente.

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
4. ¿Cómo se siente habitualmente con relación a su...?					
a. Estado de ánimo	5	4	3	2	1
b. Vitalidad	5	4	3	2	1
c. Autoestima	5	4	3	2	1
d. Capacidad de mantener a calma	5	4	3	2	1
e. Control sobre sus emociones	5	4	3	2	1
5. ¿Con qué frecuencia siente usted...?	Nunca	Muy poco	Parte de tiempo	Mucho tiempo	Siempre tiempo
a. Ganas de vivir	5	4	3	2	1
b. Confianza en el futuro	5	4	3	2	1
c. Sensación de ser útil	5	4	3	2	1
d. Sensación de tranquilidad	5	4	3	2	1
e. Confianza en sí mismo	5	4	3	2	1

III. Seguidamente, le describimos un grupo de actividades de la vida cotidiana para cualquier persona en su vida personal, familiar y social. Usted responderá si tiene alguna dificultad para realizar las actividades que aparecen.

	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
6. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?					
a. Su cuidado personal (vestirse, afeitarse, arreglarse)	5	4	3	2	1
b. Bañarse	5	4	3	2	1
c. Realizar sus actividades domésticas acostumbradas	5	4	3	2	1
d. Moverse libremente dentro de la casa	5	4	3	2	1
7. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?					
a. Moverse a lugares distantes de la casa	5	4	3	2	1
b. Realizar sus actividades de entretenimiento o recreación	5	4	3	2	1
8. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?					
a. Tener independencia económica	5	4	3	2	1
b. Aportar económicamente a la familia como antes	5	4	3	2	1
c. Cumplir sus funciones dentro del hogar	5	4	3	2	1
d. Elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos	5	4	3	2	1
e. Participar en las decisiones familiares	5	4	3	2	1
f. Cumplir su papel como esposo o esposa	5	4	3	2	1

Seguidamente, le realizaremos dos preguntas para completar la información sobre su salud.

Preguntas adicionales

	Totalmente	Mucho	Bastante	Poco	Nada
1. ¿Se ha afectado su actividad sexual después de la enfermedad?	5	4	3	2	1
2. ¿Se ha afectado su actividad laboral después de la enfermedad?	5	4	3	2	1

Finalmente, nos interesa conocer cuánto se ha recuperado de su enfermedad.

Estado de salud general

	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
¿En qué grado se ha recuperado de su enfermedad?	5	4	3	2	1



ANEXO IV. INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN BECK

TEST DE BECK PARA DEPRESION

NOMBRE _____ FECHA _____
 EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____

Este cuestionario está formado por varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea todas las aseveraciones de cada grupo. Luego escoja de cada grupo la aseveración que mejor describa la forma en que se siente ahora, en estos momentos. Escribe un círculo alrededor del número correspondiente a la aseveración que haya escogido. No pase por alto ninguna de las afirmaciones antes de decidirse, en cada uno de los grupos.

1.
 - 0.No me siento triste.
 - 1.Me siento triste o melancólico.
 - 2A.Estoy triste o melancólico, y no puedo evitarlo.
 - 2B.Estoy tan triste o tan infeliz, que me resulta doloroso.
 - 3.Estoy tan triste o tan infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 - 0.No me siento particularmente pesimista o descorazonado por el futuro.
 - 1A.Me siento desanimado por el futuro.
 - 2A.Siento que no tengo nada que esperar.
 - 2B.Siento que nunca me voy a deshacer de mis problemas.
 - 3.Siento que no hay esperanza en el futuro y que las cosas no van a mejorar.
3.
 - 0.No me siento como un fracasado.
 - 1.Siento que he fallado más que la mayoría de las personas.
 - 2A.Siento que he logrado muy pocas cosas que valgan la pena o que signifiquen algo.
 - 2B.Al mirar mi vida pasada todo lo que veo es una cantidad de fracasos.
 - 3.Siento que soy un completo fracaso como persona (padre, marido, esposa)
4.
 - 0.No estoy particularmente descontento.
 - 1A.Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
 - 1B.Ya no disfruto de las cosas como solía hacerlo.
 2. Ya no obtengo satisfacción, por nada, nunca.
 3. Estoy descontento con todo.
5.
 - 0.No me siento particularmente culpable.
 - 1.Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo.
 - 2A.Me siento bastante culpable
 - 2B.Me siento malo o indigno, prácticamente todo el tiempo.
 - 3.Me siento como si fuera muy malo o no sirviera para nada.
6.
 0. No me siento que estoy siendo castigado.
 1. Tengo un sentimiento de que algo malo me pueda llegar a suceder.
 2. Siento que estoy siendo castigado, o seré castigado.
 - 3A. Siento que merezco ser castigado.
 - 3B. Quiero ser castigado.
7.
 0. No me siento desilusionado de mi mismo.
 - 1A. Estoy desilusionado de mi mismo.
 - 1B. No me gusto a mi mismo.
 2. Me siento disgustado conmigo mismo.
 3. Me odio.
8.
 0. No me siento ser peor que los demás.
 1. Me critico por mis debilidades o errores.
 2. Me culpo por mis fallas.
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
9.
 0. No tengo ninguna idea de dañarme a mi mismo.
 1. He pensado en hacerme daño, pero no lo llevaría a cabo.
 - 2A. Siento que sería mejor si estuviera muerto.
 - 2B. Siento que mi familia estaría mejor si estuviera muerto.
 - 3A. Tengo planes definidos para suicidarme
 - 3B. Yo me mataría si pudiera.
10.
 0. No lloro más de lo usual.
 1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba.
 2. Ahora lloro todo el tiempo y no me puedo controlar.
 3. Antes era capaz de llorar, peor ahora no puedo llorar aunque desee hacerlo.
11.
 0. No estoy más irritado ahora que de costumbre.
 1. Me fastidio o me irrito más fácilmente que de costumbre.
 2. Me siento irritado todo el tiempo.
 3. Ya no me irrito para nada con las personas que solían irritarme.

12.

- 0. No he perdido el interés en la gente.
- 1. Ahora estoy menos interesado en la gente, que antes.
- 2. He perdido la mayor parte de mi interés por la gente y tengo pocos sentimientos hacia ellos.
- 3. He perdido todo mi interés en la gente y no me importa nada de ellos.

13.

- 0. Tomo decisiones tan bien como siempre.
- 1. Trato de no tener que tomar decisiones.
- 2. Me resulta muy difícil tomar decisiones.
- 3. Ya nunca puedo tomar una decisión.

14.

- 0. No siento que verme peor que antes.
- 1. Estoy preocupado porque me estoy viendo viejo y sin atractivo.
- 2. Siento que he sufrido cambios permanentes en mi apariencia, que me hacen poco atractivo.
- 3. Siento que me veo feo o repulsivo.

15.

- 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1A. Tengo que esforzarme un poco más para empezar a hacer algo.
- 1B. Ya no trabajo tan bien como solía hacerlo.
- 2. A pesar de que me esfuerzo, no logro hacer nada.
- 3. Ya no puedo hacer ningún trabajo.

16.

- 0. Puedo dormir tan bien como siempre.
- 1. En la mañana, me despierto más cansado que lo usual.
- 2. Me despierto una o dos horas antes que lo usual y me cuesta trabajo volverme a dormir.
- 3. Me despierto muy temprano a diario y no duermo más de 5 horas.

17.

- 0. No me canso más de lo común.
- 1. Me canso más fácilmente que lo usual.
- 2. Me cansa hacer cualquier cosa.
- 3. Me cansa demasiado hacer cualquier cosa.

18.

- 0. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
- 2. Mi apetito es mucho peor que antes.
- 3. Ya no tengo nada de apetito, nunca.

19.

- 0. Ultimamente, si es que he perdido peso, ha sido poco.
- 1. No he perdido más de 2 kilos y medio.
- 2. No he perdido más de 5 kilos.
- 3. No he perdido más de 7 kilos y medio.

20.

- 0. No estoy más preocupado por mi salud que lo usual.
- 1. Estoy preocupado por quejas o dolores, o indigestión, o estreñimiento.
- 2. Estoy tan preocupado por lo que siento o por como se siento que me es difícil pensar en cualquier otra cosa.
- 3. Estoy completamente absorto con lo que siento.

21.

- 0. No percibo ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3. Perdí por completo el interés en el sexo.

**ANEXO V. ESCALA DE BARTHEL**

Parámetro	Actividades básicas de la vida diaria Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	10
	- Incontinencia	5 0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5 0
	- Incontinencia	
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5

Parámetro	Actividades básicas de la vida diaria Situación del paciente	Puntuación 0
------------------	---	------------------------



XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Kerouac, Suzanne. *“Concepciones de Nigtinghale a Parse” Capitulo 2* **En: El Pensamiento enfermero**. Ed. Masson. Barcelona España 1996.Pp. 23-58.
2. Puente LR, Espinosa MF. *Modelo de atención de Enfermería a pacientes con Enfermedad Vasculat Cerebral según la teoría de Virginia Henderson*. Revista de Enfermería Neurológica México INNN 2004; 3:118-23 INNN.
3. Arroyo Marles, L. *Cuidado en enfermería una reflexión desde la practica hospitalaria*. En: Actualizaciones en Enfermería. Sta. Fe, Bogotá Colombia 2000; 3:4.
4. Watson, J. *Nursing. Human Science and Human Care: A theory Nursing*. Nonvak, CT: Appleton-Century-Crofts.1989.
5. Avellaneda Fonseca, L. *Intervención de Enfermería en los Cuidados Paliativos*. **En: Actualizaciones en Enfermería**. Sta. Fe, Bogotá, Colombia 2003; 6: 3.
6. Brainin M. *Overview of stroke data banks*. Neuroepidemiology 1994; 13: 250-258.
7. Sacco RL, Toni D. Mohr JP. *Classification of Ischemic Stroke*. **En: Barnett HMJ, Mohr JP, Stein BM, Yatsu FM. Pathophysiology, diagnosis and management**. 3° ed. Churchill-Livingstone, New York 1998.
8. Grupos de Apoyo del INNyN MVS. www.innn.edu.mx/evc.htm. Revisada el día 23 de Agosto del 2006.
9. Casas Parero I, Barreiro de Madariaga L. *“Manual de Neurología”* 2° ed. Ed. Grupo Guía. Colombia 2005.

10. Vázquez-Robles M. *Proceso de atención de Enfermería en la enfermedad vascular cerebral isquémica*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico 2002; 10 (1): 33-37.
11. Velásquez MO, Rosas PM, et al. *Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000)*. Archivos de Cardiología de México 2002; 72: 1 71-84.
12. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE-10)*. Vol.1 10ª Revisión. Publicación Científica No. 554. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Pp. 474-475. Departamento de Epidemiología del INN y N MVS.
13. www.sanofi-aventis.com *Evita oportunamente sufrir un infarto cerebral: reconoce las señales de alarma que tu cuerpo te envía*. México 2006. Revisada en Diciembre 2006.
14. Carpenter Charles CJ, Griggs, Robert C, Loscalzo, Joseph. *Cecil Medicina Interna*. España Madrid. Ed. Mc-Graw Hill Interamericana. 5ª ed. 2003. 1078 pp.
15. Lacruz F, Herrera M, Bufanda M, et al. *Clasificación del Ictus*. Anales del Sistema sanitario de Navarra, Pamplona 2000:23:3 59-66.
16. Gutiérrez JM, et al. *Consenso sobre Enfermedad Cerebrovascular de origen extracraneal*. **En: Factores de riesgo y Estrategias de Prevención**. Revista de la Sociedad Española de Angióloga y Cirugía Vasculat 1998; 1.
17. Fernández Chl, Díaz N, Guevara MI. *Estudio de Factores de Riesgo de Docente "Doctor Carlos J. Finlay"*. Revista Cubana de Medicina General Integral 2004; 20: 1.



18. Martínez-Vila E, Irimia P. Factores de Riesgo del Ictus. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2000, 23: 3 25-31.
19. Kuri-Morales PA, González-Roldan JF, Hoy MJ, Cortes-Ramírez M. *Epidemiología del Tabaquismo en México*. Revista Salud Pública México 2006; 48: 1 591-598.
20. Gómez H, Vázquez JL, Fernández S. *Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS. Encuesta Nacional de Salud 2000*. Revista Médica IMSS 2004; 42: 3 239-245.
21. Landeros OE. *El Panorama epidemiológico de la Diabetes Mellitus*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico 2000; 8: (1-4) 56-59.
22. Prospective Studies Collaboration: cholesterol, diastolic blood pressure, and stroke: 1300 strokes in 450.000 people in 45 prospective cohorts. Lancet 1995; 346: 1647-1653.
23. Gorelick PB, Sacco RL, Smith Db, Alberts M, Hustone-Alexander L, Rader D, Et Al. *Prevention of a First Stroke. A Review of Guidelines and a Multidisciplinary Consensus Statement from The National Stroke Association*. Jama 1999; 281: 1112-1120.
24. Sacco RL, Wolf Pa, Kannel WB, MC Namara PM. Survival and recurrence following stroke: the Framingham Study. Stroke 1982; 13: 290-295.
25. Mohr JP, Caplan LR. *Classification of ischemic stroke*. **En: Barnett HJ, Mohr JP, Stin UM, Yatsu FM. Pathophysiology, diagnosis and management**. New York: Livingstone, 1992:285-295.
26. Medina AD, Rober RY. *Enfermedades Cerebrovasculares: Un reto en la Atención de Enfermería. Policlínico de Ramón de Guaninao, año 2000*. MEDISAN 2002; 6: 3.

27. Pérez NJ, Beguería SR. *Recurrencias en el Infarto Cerebral*. Revista Cubana Med Cuba 1996; 35: 1.
28. Klassen PG. *Enfermedad Cerebro Vascolar*. Revista Medicina Interna Santiago de Chile 1998; 2: 1.
29. Leiva c, Molto JM, Frutos T, García N. *Enfermedad Vascolar Cerebral. Evaluación Diagnostica de la EVC*. Servicio de Neurología del Hospital General Universitario de Alicante En: www.medynet.com/elmedico/aula2001. Revisada en Febrero del 2007.
30. Domínguez MA, Gutiérrez VI, Acevedo MJ. *Protocolo de Manejo del Evento Vascolar Cerebral Isquémico Agudo*. En: www.facmed.unam.mx Revisada en Febrero 2007.
31. Zarranz A. *Enfermedades Cerebrovasculares. Isquemia*. Medicine 1998; 7: 90 4180-4187.
32. Arauz A, Miranda L, Barinagarrementeria F, et al. *IV. Manejo Agudo Del Infarto Cerebral*. Rev. Invest. Clin., 2002; 54: 3. ISSN 0034-8376.
33. Adams HP, Brott TG, Crowell RM, Furlan AJ, Gómez CR, Grotta J, et al. *Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke: a statement for health care professionals from a special writing group of the Stroke Council*. American Heart Association. Stroke 1994; 25:1901-14
34. www.nlm.nih.gov. Revisada Febrero 2007.
35. Buergo ZM, Serrano VM. *Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad Cerebrovascular en Cuba*. Resumed 2000; 13: 4 174-181.
36. Ortega RR. *Autoestima en personas jubiladas y su relación con la CDV*. Tesis de la Facultad de Psicología, UNAM México D.F., 2000.



37. Gómez-Vela M, Sabeh E. *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Publicaciones Inicio 2005.
38. Felce, D. y Perry, J. *Quality of life: It's Definition and Measurement*. Research in Developmental Disabilities. 1995; 16: 1 51-74.
39. Schuwartzmann L. *Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales*. Ciencia y Enfermería IX 2003; 2 9-21.
40. Patrick DL, Erickson P. *Theoretical foundations for health-related quality of life, 58. In Patrick DL, Health status and health policy. Allocating resources to health care*. New York: Oxford University Press; 1993:58-75.
41. Dennis R, Williams W, Giengreco M, Cloninger Ch. *Calidad de Vida como contexto de la planeación y evaluación de servicios*. Siglo Cero 1994; 25: 155 5-18.
42. Ramírez LA. *Calidad de Vida de Pacientes con Epilepsia Mioclónica Juvenil en relación con Pacientes que presentan Epilepsia Refractaria*. Tesis de ENEO-UNAM, México D.F. 2006. 41-44
43. Naughton MJ, Schumaker SA, Anderson RT, Czajkowski SM. *Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales* En: Quality of Life and Phamarco economics in Clinical Trials. New York, Lippincott-Raven. 117-131.
44. O. Fernández-Concepción, M^o. C. Fiallo-Sánchez, M.A. Álvarez-González, M.A. Roca, M Concepción-Rojas, L. Chávez. *La calidad de vida del paciente con*

- accidente cerebro vascular: Una visión desde sus posibles factores determinantes. Cuba. Rev. Neurol. 2001; 32 (8): 725-731.*
- 45.** Duncan PW, Samsa GP, Weinberger M, Golstein LB, Bonito A, Ritter DM, et al. *Health status of individuals with mild stroke. Kansas City Stroke 1997; 28: 740-5.*
- 46.** Bethoux F, Calmels P, Gautheron V. *Changes in the quality of life of hemiplegic stroke patients with time: a preliminary report. Am J Phys Med Rehabil. Université Jean Monnet, Saint Etienne, France 1999; 78: 19 - 23.*
- 47.** Jonkman EJ, de Weerd AW, Vrijens NL. *Quality of life alter first ischemic stroke. Long term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. Acta Neurol Scand. Amsterdam The Netherlands 1998; 98: 169-175.*
- 48.** Wyller TB, Holmen J, Laake P, Laake K. *Correlatos of subjective well being in stroke patients. Stroke 1998; 29: 363-367.*
- 49.** Neau JP, Ingrand P, Mouille Brachet C, Rosier MP, Couderq C, Álvarez A, et al. *Functional recovery and social outcome alter cerebral infarction in young adults. Cerebrovascular Disease 1998; 8: 296-302.*
- 50.** Leplége A, Hunt S. *El Problema de la Calidad de Vida en Medicina, Jama. (Ed. esp.). 1998; 7: 1 2-3.*
- 51.** Peris A, Martín González R, Valiente E, Ruiz A, Vioque J. *Calidad de Vida y Estilo de Vida como factores de Riesgo de Enfermedad Vasculat Cerebral Aguda. Rev. Neurol. San Juan, Alicante España 1997; 25: 148 1866-1871.*
- 52.** Pichot P, López-Ibor JJ, Valdés MM. *Trastornos del estado de ánimo. En: Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Ed. MASSON. España 2001; 326-333.*



53. www.nimh.nih.gov. Revisada en Marzo 2007.
54. Martínez RF. *Las Causas de La Depresión*. En: www.free-new.org. Revisada en Marzo 2007.
55. Zandío M, Ferrin M, Cuesta MJ. *Neurobiología de la Depresión*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2002; 25: 3 43-62.
56. Stteffens DC, Krishnan KR. *Structural neuroimaging and mood disorders: recent findings, implications for classification, and future directions*. Biol Psychiatry 1998; 43: 705-712.
57. Price JL, Carmichael ST, Drevets WC. *Networks related to the orbital and medial prefrontal cortex: A substrate for emotional behavior?* **En: Holstege G; Bandler R, Saper CB, editors. Progress in the Brain Research: The Emotional Motor System** 1996; 107: 523-536.
58. Bechara A, Damasio H, Tranel D, Anderson SW. *Dissociation of working memory from decision-making within the human prefrontal cortex*. J Neurosci 1998; 18: 428-437.
59. Rolls ET. *A theory emotion and consciousness, and its application to understanding the neuronal basis of emotion*. En: Gazzaniga MS, editor. *The Cognitive Neurosciences*. Cambridge, MA: MIT Press, 1995; 1091-1106.
60. Dinan TG. *Psyconeuroendocrinology of mood disorders*. Curr Opin Psychiatry 2001; 14: 51-55.
61. Caraveo-Andunga J, Colmenes E, Salivar G. *Estudio Clínico- Epidemiológico de los trastornos depresivos*. Salud Mental 1999; 22: 7-16.
62. Nestler EG, Barrot M, Dileone RJ, Amelia JE, Gold S, Monteggia LM. *Neurobiology of depression*. Neuron 2002; 34: 13-25.

63. Rozados, Dr. Depresión. www.depresion.psicomag.com. Revisada Septiembre 2004.
64. Carod-Artal F.J., González-Gutiérrez J.L., Egido-Herrero J.A., Varela de Seijas. *Depresión posictus: factores predictivos al año de seguimiento*. Revista de Neurología. 2002; 35(2):101-106.
65. Terroni-Niro LM, Leite-Costa C, Tinone G, Renerio-Fraguas Jr. *Depressão Pós-AVC: Fatores de Risco e Terapêutica Antidepressiva* Rev. Assoc. Med. Bras. 2003; 49(4): 450-459.
66. L.Yu, CK Liu, JW Chen, SY Wang, YH Wu, SH Yu. *Relationship between post-stroke depression and lesion location: a meta-analysis*. Kaoshing J Med Sci. Taipéi, Taiwán. 2004 Aug; 20(8): 372-380.
67. Narushima K. MD, Kosier J.T., Robinson R.G. MD. *A Reappraisal of Poststroke Depression, Intra-and Inter-Hemispheric Lesion Location Using Meta-Analysis*. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 2003; 15:422-430.
68. Carson AJ, MacHale S, Allen K, et al: *Depression after stroke lesion location: a systematic review*. Lancet 2000; 356 (9224): 122-126.
69. Starskein SE, Robinson RG. *Depression in cerebrovascular disease. Depression in neurologic disease*. The Johns Hopkins University Press. 1993.
70. O. Fernández-Concepción, Y. Román-Pastoriza, M.A. Álvarez-González, R. Verdecía-Fraga, E. Ramírez-Pérez, J. Martínez-González-Quevedo, M.A. Buergo-Zuaznabar. *Desarrollo de una escala para evaluar la calidad de vida en los supervivientes a un ictus*. Rev. Neurol. 2004; 39 (10): 915-923.



- 71.** O. Fernández-Concepción, R. Verdecía-Fraga, Y. Román-Pastoriza, et. al. *Escala de Calidad de Vida para el Ictus (ECVI-38): evaluación de aceptabilidad, fiabilidad y validez*. Rev. Neurol. 2005; 41 (7): 391-398.
- 72.** Ruiz TA, Silva IH, Miranda CE. *Diagnostico clínico y psicométrico de la depresión en pacientes de medicina general*. Rev. Med. Santiago de Chile. 2000; 129 (6): 627-633.
- 73.** Cid RJ, Damián MJ. *Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel*. Rev. Esp. Salud Publica 1997; 71: 127-131