



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



---

---

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN ACTIVIDADES  
BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE  
DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA EN EL  
HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**TESIS**

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSTGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE:**

**MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**DRA. MARLEN LÓPEZ PEDRAZA  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
DIRECTOR DE TESIS**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO  
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. ANA GLORIA TORO FONTANELL  
ASESOR CLÍNICO**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN  
SALUD DEL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

**MÉXICO, D. F. ENERO 2013.  
No. DE REGISTRO:2013-3605-23**



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.

**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA EN EL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**AUTORES:**

Dra. López Pedraza Marlen <sup>1</sup>, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto <sup>2</sup>, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo <sup>3</sup>, Dra. Ana Gloria Toro Fontanell <sup>4</sup>

1.- Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

2.- Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

3.- Titular de la Especialidad en Medicina Familiar del HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

4.- Médico Familiar Adscrita al HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

**OBJETIVO:**

Evaluar el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria en pacientes con antecedente de Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica del HGZ/UMF#8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

**MATERIALES Y MÉTODOS:**

Tipo de estudio descriptivo observacional. Criterios de inclusión: Pacientes derechohabientes del IMSS que acudan a consulta al HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, que tengan antecedente de más de 6 meses de Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica de diagnóstico, sin importar si llevaron o no Rehabilitación Física para dicho evento. Muestra: 144 pacientes, intervalo de confianza 99%. Proporción 0.11. Amplitud total del intervalo de confianza 0.10. Variables: Edad, género, ocupación, años transcurridos de la enfermedad, si acuden o acudieron a Rehabilitación Física, Índice de Barthel.

**RESULTADOS:** Se estudió 144 pacientes. Se encontró que predominó la dependencia leve en un 76.40%, la edad que predominó con mayor dependencia fue más de 81 años con un 87.50%, el género femenino predominó con dependencia leve en un 77.9%. La actividad básica de la vida diaria con mayor dependencia fue arreglarse que no acuden o acudieron a Rehabilitación Física con un 66.70% y con mayor independencia fue defecación con 86.70% que si acuden o acudieron a Rehabilitación Física. Los pacientes que sí acudieron a Rehabilitación mostraron dependencia leve en un 76.70%.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con antecedente de EVC isquémico del HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo tienen un nivel de dependencia leve con 76.40%.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica, Dependencia, Índice de Barthel.

**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE  
DEPENDENCIA EN ACTIVIDADES  
BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN  
PACIENTES CON ANTECEDENTE DE  
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL  
ISQUÉMICA DEL HGZ/UMF # 8 “DR.  
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**AUTORIZACIONES**

---

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro  
Director del HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

---

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud  
del HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

---

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro  
Profesor Titular de Medicina Familiar  
del HGZ/ UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

## **ASESORES**

---

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio  
Director de Tesis

---

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro  
Asesor Metodológico

---

Dra. Ana Gloria Toro Fontanell  
Asesora Clínica

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darme la oportunidad de vida y de disfrutarla plenamente.

A ti Mamá ¡la mejor de todas! Por tenerte a mi lado siempre. Por ser mi Madre en toda la extensión de la palabra, mi compañera, mi amiga, mi confidente, mi consejera de vida, por estar conmigo en los buenos momentos y sobre todo en los no tanto, apoyándome y guiándome siempre con tus consejos sabios y certeros.

A mi hermana Abril por ser el ejemplo a seguir de trabajo, perseverancia, fortaleza y éxito..... ¡Si se puede!

A mi hermano Bayron, gracias por su comprensión, paciencia y apoyo siempre incondicional.

A mis ángeles que están en el cielo que siempre los llevo en mi mente y mi corazón; a mi Papá por enseñarme a tener y nunca perder la confianza y fe en mí misma, gracias por todos tus consejos; a mi primo Fred quien vino a cumplir su misión terrenal de “lucha”, y actitud positiva ante cualquier adversidad.

A Raulito porque simplemente es el gran amor de mi vida que está tangiblemente conmigo.

## ÍNDICE:

	<b>PÁG.</b>
MARCO TEÓRICO.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
JUSTIFICACIÓN.....	16
OBJETIVOS.....	17
HIPÓTESIS.....	18
MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
POBLACIÓN O UNIVERSO.....	21
MUESTRA.....	22
CRITERIOS.....	23
VARIABLES.....	23
DISEÑO ESTADÍSTICO.....	28
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.....	29
MÉTODO DE RECOLECCIÓN.....	30
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	31
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	32
RECURSOS.....	33
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	34
RESULTADOS.....	35
DISCUSIONES.....	104
CONCLUSIONES.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
ANEXOS.....	111

## MARCO TEÓRICO

### ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA:

Según la Organización Mundial de la Salud, la Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) se define como un síndrome clínico de inicio súbito caracterizado por déficit cerebral focal o global que dura más de 24 horas, y cuyo origen se presume vascular. De vital importancia es reconocer que la enfermedad vascular cerebral como síndrome completo, es producida por una gran cantidad de patologías diversas, que terminan en la oclusión y/o ruptura de un vaso arterial ó venoso. Los grandes grupos de enfermedad vascular cerebral conocidos se dividen en: isquémica cerebral, hemorragia cerebral, y trombosis venosa cerebral. La adecuada clasificación por parte del clínico de los eventos vasculares cerebrales tiene importancia debido a que cada subtipo de EVC tiene factores de riesgo, pronóstico, recurrencia, y tratamientos diferentes.(1)

La enfermedad vascular cerebral isquémica es el rápido desarrollo de un déficit neurológico focal causado por una interrupción del suministro de sangre a la zona correspondiente del cerebro. Un ataque isquémico transitorio (AIT) por convención, es un déficit neurológico focal de menos de 24 horas. Definiciones recientes de ataque isquémico transitorio describen los síntomas focales que duran menos de 1 hora y no revelan datos de infarto, el concepto de AIT es un predictor de enfermedad vascular cerebral. El riesgo de enfermedad cerebrovascular es mayor en los primeros 90 días después de AIT (entre 8% -10%), con prácticamente la mitad de los que ocurren dentro de los primeros 7 días. Dentro de los 5 años, los estudios informan que casi el 30% de las personas que tenían AIT sufren un derrame cerebral. (2)

Términos tales como infarto cerebral con síntomas transitorios o síntomas transitorios con infarto han sido sugeridos para describir eventos que duran <24 horas, pero son asociados con el infarto cerebral, manteniendo las 24 horas de tiempo límite en la definición de síndrome. Varios grupos han avanzado más nuevas, definiciones operacionales de ataque isquémico transitorio en neuroimagen como "un episodio breve de disfunción neurológica causada por isquemia cerebral focal o retiniana, con síntomas clínicos que típicamente duran menos de una hora, y sin evidencia de infarto agudo". El perfil temporal es una de las características clínicas más importantes de la enfermedad vascular cerebral, gracias a su característica típica de evolución aguda (debido a la agudeza con la que inicia y su rápida evolución hasta llegar al punto máximo de daño), se derivó el nombre de "evento vascular" para hablar clínicamente de estos trastornos vasculares. (3)

Es la tercera causa de muerte y primera causa de incapacidad en adultos a nivel mundial. En México es la cuarta causa de muerte y primera causa de hospitalización de origen neurológico, así como también tiene primera causa de incapacidad en adultos y la segunda de demencia En el 2011 la prevalencia fue del 11%.(4)

La enfermedad cerebrovascular es la cuarta causa principal de muerte y la principal causa de discapacidad en los Estados Unidos. Se estima que 7 millones de adultos estadounidenses han sufrido un derrame cerebral, y cada 40 segundos se produce un evento cerebrovascular agudo, resultando aproximadamente 795 000 pacientes con enfermedad vascular cerebral al año. Del total de la enfermedad vascular aproximadamente el 87% son isquémicos y 13% son hemorrágicos; 10% de los eventos totales son causados por hemorragia intracerebral y 3% son causados por hemorragia subaracnoidea. Estos hallazgos sugieren la necesidad de la educación amplia sobre tener conciencia de los síntomas del accidente cerebrovascular y la activación temprana del tratamiento y poner de relieve la necesidad de mejorar la forma en que se procesa a los pacientes a fin de intervenir evitando cualquier retraso innecesario durante la fase aguda. (5).

Por diversos motivos la enfermedad vascular cerebral puede ocasionar dependencia funcional. Uno de ellos podría relacionarse con lesiones en la convexidad hemisférica (área irrigada por la arteria cerebral media y que es la más afectada), que pueden provocar trastornos cognitivos o del comportamiento. Un infarto en el área del tálamo o en el área temporal inferomedial puede producir amnesia y las lesiones en el área irrigada por la arteria cerebral anterior suelen originar trastornos de memoria y abulia. Por otro lado, cierto tipo de patologías en los vasos más pequeños que afectan la sustancia blanca, provocan alteraciones del comportamiento y de la marcha, incontinencia urinaria, y signos piramidales. Se constata que los infartos múltiples pueden originar efectos aditivos que podrán desencadenar procesos demenciales. (6).

La mortalidad de la enfermedad vascular cerebral se da en un 25-30% en el evento agudo, 15 a 25% en el primer año, 60% a los 5 años. La mortalidad aguda se da por un infarto extenso en un 10%, hemorragia intracerebral 52%, hemorragia subaracnoidea 45%, naturaleza incierta 74%. La recurrencia de la enfermedad es de 5 al 15% en el primer año hasta 40% a 5 años. Las secuelas graves (hemiplejía, afasia) es en el 30-40% de los pacientes, la recuperación total o secuelas mínimas 50-60%, 1 de 4 pacientes se complica por infecciones o causas cardíacas entre otras. El tiempo de arribo en pacientes que acuden al servicio de urgencias para la atención de la enfermedad vascular es posterior a las 3 horas del inicio de los signos y síntomas en un porcentaje del 76%. (7)

Los factores de riesgo para la enfermedad vascular cerebral no modificables son la edad, género, raza, herencia, las condiciones médicas son evento isquémico transitorio o enfermedad vascular cerebral previa, hipertensión arterial, cardiopatía coronaria e insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, hiperlipidemia, diabetes mellitus, obesidad, estenosis carótida, dentro de los comportamientos está el tabaquismo, abuso de alcohol, sedentarismo. Dentro de los factores de riesgo modificables se encuentra en mayor porcentaje la hipertensión arterial. (8)

La enfermedad vascular cerebral isquémica implica la disminución del flujo sanguíneo cerebral suficiente para provocar alteraciones metabólicas y bioquímicas que conducen a necrosis celular y alteraciones funcionales. Alrededor del 50% de los EVC isquémicos se debe a enfermedad aterotrombótica. Cerca del 20% proviene de émbolos cardíacos, 25% se consideran lacunares tal vez secundarios a oclusión de una de las ramas cerebrales profundas. (9)

## PATOGÉNESIS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA

Teniendo en cuenta que el tejido cerebral es dependiente del aporte adecuado de oxígeno y glucosa para su funcionamiento normal, el cese del mismo ocasionará diversas alteraciones funcionales que conducirán finalmente a la muerte celular. Las manifestaciones clínicas dependerán de la arteria afectada y de la extensión de tejido lesionado. Es necesario indicar que aquellas variables biológicas implicadas en el mantenimiento de una adecuada homeostasis (tensión arterial, glucemia, temperatura, oximetría) influyen de manera importante en todos los mecanismos responsables del desarrollo de un infarto cerebral. La isquemia cerebral focal se traduce, en el territorio irrigado por la arteria afectada, en distintos grados de reducción de flujo sanguíneo cerebral regional que dependen de factores hemodinámicos, fundamentalmente de la existencia de circulación colateral eficaz y del mantenimiento de una adecuada presión arterial, ya que en el tejido isquémico, debido a la lesión de las células endoteliales y de las células musculares lisas de la pared arterial como consecuencia de la isquemia, se pierden los mecanismos normales de regulación de la circulación cerebral y la presión de perfusión se hace dependiente de la presión arterial. Teniendo en cuenta que existen unos umbrales de flujo a partir de los cuales se van perdiendo las funciones celulares podemos entender que existirán áreas de tejido sometidas a mayor grado de isquemia, como son aquellas que dependen estrictamente de la arteria afectada, con ausencia total o casi total de FSC, así como las zonas más susceptibles, que sufrirán, de manera prácticamente inmediata, muerte celular. Alrededor de esta zona de infarto y dependiendo de los factores hemodinámicos mencionados, puede existir flujo sanguíneo residual suficiente para mantener la viabilidad celular, aunque no su función normal, durante un tiempo determinado que dependerá de la magnitud de dicha perfusión residual. Esta zona transitoriamente viable, denominada área de penumbra isquémica, es susceptible de recuperación si la hipoperfusión y las alteraciones que ésta produce se corrigen y por tanto es la diana de las medidas terapéuticas dirigidas a reducir la lesión y las secuelas tras la isquemia cerebral focal. De continuar la situación de hipoperfusión, las alteraciones bioquímicas que resultan del trastorno de la función celular, denominadas cascada isquémica, terminarán provocando la pérdida irreversible de la viabilidad celular y causando su muerte.(10)

## CUADRO CLÍNICO

Recordando que la arteria cerebral media es la más afectada y que ésta irriga parte de ganglios basales, tálamo, cápsula interna, lóbulo frontal, temporal y occipital, se va a relacionar con características como disartria, disfasia, hemianopsia, debilidad, disminución de la sensibilidad, las características clínicas según el territorio afectado son de circulación anterior: debilidad unilateral, pérdida sensorial unilateral o inatención, disartria aislada, afasia, hemianopsia homónima, ceguera monocular; de la circulación posterior: hemianopsia homónima aislada, diplopía o mirada desconjugada, náuseas y vómito, incoordinación, debilidad unilateral, bilateral o pérdida sensorial unilateral o bilateral; los signos no específicos son disfagia, incontinencia o pérdida de la conciencia. .(11)

## DIAGNÓSTICO

La imagen por resonancia magnética es mejor que la TAC para el diagnóstico de isquemia cerebral; los estudios de difusión de RM permiten definir las zonas de isquemia pocos minutos después del inicio de los síntomas. La sensibilidad y especificidad de este método se aproximan al 100%, los signos tempranos indirectos en TAC son la arteria cerebral media hiperdensa, los signos directos es la atenuación del núcleo lenticular, borramiento de la ínsula, hipodensidad temprana, atenuación del contraste córtico-medular. .(12)

## TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA

Actualmente, es aprobado por Food and Drug Administration (FDA) en Estados Unidos, el activador del plasminógeno tisular (tPA) intravenoso, para el tratamiento de accidente cerebrovascular isquémico agudo dentro de 3 horas del inicio de los síntomas. El manejo inicial del accidente cerebrovascular isquémico agudo implica la estabilización médica, incluyendo la protección de las vías respiratorias y la asistencia respiratoria y hemodinámica, seguida de la evaluación neurológica, las imágenes cerebrales y evaluación de la idoneidad de la terapia trombolítica. El tratamiento antiplaquetario para el accidente cerebrovascular isquémico agudo es para los pacientes que no son elegibles para tPA, la aspirina es el fármaco antiplaquetario que ha sido evaluado en el tratamiento agudo del accidente cerebrovascular 160-300mg / día dentro de las 48 horas de la aparición del accidente cerebrovascular con el tratamiento continuo durante 4 semanas, en pacientes que reciben tPA, el tratamiento antiplaquetario debe empezar después de 24 horas del tratamiento trombolítico. El tratamiento trombolítico intravenoso dentro de la ventana de tiempo de 3 hora tPA es un agente trombolítico específico para la fibrina que activa el plasminógeno a plasmina, una proteasa que escinde la fibrina. tPA por vía intravenosa (en 75% de la dosis recomendada para el infarto de miocardio) es útil para todos los tipos de accidente cerebrovascular isquémico en una dosis de 0,9 mg / kg, con una dosis máxima de 90 mg. .(13)

Estrategias neuroprotectoras. La hipotermia consistentemente se ha asociado con una reducción marcada en el daño isquémico y mejora de los resultados en estos modelos de comportamiento. El margen terapéutico de la hipotermia leve en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo es desconocida, pero probablemente sea limitado a horas después del inicio de la isquemia. Se encuentra en estudio el magnesio por vía intravenosa dentro de las 2 horas de la aparición del accidente cerebrovascular y la albúmina en el estudio en dosis altas de albúmina en 5 horas de inicio de los síntomas. Anticoagulación en el ictus isquémico agudo: no hay evidencia para apoyar la anticoagulación urgente para prevenir la apoplejía recurrente o extensión de lesión en pacientes con accidente cerebrovascular agudo. Las directrices establecen que lo general es aceptar un enfoque cauteloso para el tratamiento de la hipertensión arterial, debe ser tratada definitivamente en lo inmediato para eliminar la fase aguda sólo en aquellos casos que no son candidatos para la terapia trombolítica, en la presión arterial superior a 220 mm Hg (sistólica) o 120 mm Hg (diastólica), se recomienda una reducción del 15% (ya sea sistólica o diastólica) en las primeras 24 horas después de un accidente cerebrovascular. .(14)

Rehabilitación. Los programas terapéuticos de ejercicios suelen ser funcionalmente orientados, con énfasis en la restauración de la movilidad funcional y la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. La enseñanza de técnicas compensatorias y la enseñanza a la familia son importantes para ayudar a las personas a regresar a sus hogares. El programa de rehabilitación debe ser personalizado en función de la gravedad y de los deterioros causados por la enfermedad vascular. (15)

## DEPENDENCIA.

En la actualidad se tiende a usar la palabra “dependiente” de una forma genérica o global, aunque en realidad en la mayoría de los casos, se trata de referirse a un tipo de dependencia particular, la dependencia para el autocuidado. Y concretando aún más: a una persona que como consecuencia de su senilidad o enfermedades propias de la edad, presenta una limitación grave o completa, permanente o progresiva, para la realización de las actividades de autocuidado y de movilidad. El diccionario de la Real Academia Española menciona que la dependencia es, entre otras acepciones, la «situación de una persona que no puede valerse por sí misma y necesita asistencia». (16)

La Dependencia personal es la incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria y que requiere ayuda para su realización. Otros autores mencionan que es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.(17)

Dentro del contexto de las condiciones de salud de la persona, la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia. La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás. Pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia. Así una persona con paraparesia o con deficiencia visual grave, puede tener importantes dificultades para el desplazamiento por su entorno, pero no requerir ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. Es decir la dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se darían dos elementos, una limitación del individuo para realizar una determinada actividad y la interacción con los factores concretos del contexto ambiental, relacionados con la ayuda personal o técnica, en resumen la dependencia es la limitación en la actividad más la ayuda.(18)

Una definición más reciente menciona que dependencia es una situación en la que se encuentra una persona que como consecuencia de una discapacidad precisa de apoyos regulares para la realización de una determinada actividad” y que se debe sustituir las expresiones “personas en situación de dependencia” o “personas dependientes” por “personas que necesitan cuidados de larga duración“. Las medidas dirigidas a las personas en situación de dependencia tienen como objetivo la prevención del agravamiento de dicha situación, la promoción de aquella autonomía personal que conserva la persona afectada, y la proporción de los elementos necesarios para superar el déficit de autonomía. (19)

## ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. Cuando la limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana. En geriatría se definen como aquellas actividades que requiere realizar un adulto mayor dentro de su domicilio para satisfacer sus necesidades básicas indispensables para subsistir como es el comer, lavarse-bañarse, vestirse, arreglarse, defecación, micción, ir al retrete, traslado de silla de ruedas a cama, deambulación, subir y bajar escaleras; esto evaluado por el Índice de Barthel que es una escala de dependencia o independencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD). (20)

### ANTECEDENTES:

En Inglaterra en el 2008 MacKenzie et. al publicaron que el evento vascular cerebral es la causa principal de incapacidad en personas adultas, sin embargo a pesar de las estadísticas en relación al número de personas incapacitadas, hoy en día, está aumentando el número de personas que sobrevive a un evento vascular cerebral y que consigue rehacer su vida a pesar de las secuelas neurológicas sin presentar dependencia funcional grave. (21)

En relación al grado de dependencia provocado por un evento vascular cerebral, estudios de Clark y Opit en España en el 2009, manifestaron que con el aumento de la edad el nivel de dependencia del paciente aumenta considerablemente. Un tercio de la muestra de los pacientes entre 65 y 74 años y prácticamente la mitad de los mayores de 75 años mostró dependencia, con un grado severo de incapacidad, necesitando ayuda frecuente de otra persona en actividades básicas de la vida diaria. (22)

En Colombia Coll Costa et. al en el 2011 evidencian que la mejoría de dependencia funcional con Rehabilitación Física evaluado mediante el Índice de Barthel es mayor durante el primer mes posterior a la Enfermedad Vascular Cerebral, se mantiene hasta el tercer mes y es menor entre el tercero y sexto mes, a partir del cual se experimentan cambios progresivamente menores entre el sexto y duodécimo mes. (23)

## INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA, ÍNDICE DE BARTHEL:

Diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después (1965). Este índice consta de diez parámetros que miden las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), consideradas indispensables para la supervivencia, la elección de las mismas se realizó de forma empírica según la opinión de médicos y fisioterapeutas. En 1979 Granger publicó la modificación del Índice de Barthel, el cambio fundamental se encontraba en el parámetro relativo a agregar el traslado en silla de ruedas a cama, siendo esta versión más difundida y utilizada en la mayoría de los países. Su reproducción fue determinada en 1988. El Índice de Barthel tiene un alfa de Cronbach de 0.92 respectivamente. Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizado en los servicios de geriatría y de rehabilitación. La traducción al español se publicó en el año 1993 y en México se comenzó a utilizar en unidades de pacientes geriátricos, rehabilitación y con enfermedad vascular cerebral, posteriormente en otros niveles asistenciales y estar en las guías mexicanas de práctica clínica vigentes. Al principio el Índice de Barthel se evaluó mediante la observación directa, hoy en día se ha generalizado la obtención verbal de información directamente del individuo o de su cuidador primario. Ambos métodos ofrecen fiabilidad similar. El Índice de Barthel valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, defecación, micción, ir al retrete, traslado de silla de ruedas a cama, deambulación y subir y bajar escaleras; en función de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final global que varía de 0 a 100. La puntuación global de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. La evaluación es por cada actividad básica de la vida diaria y que al final se suman para dar una calificación global, siendo la calificación en cada actividad, la mínima de 0 y máxima 15, los cambios se producen de 5 en 5, siendo diferentes calificaciones en cada una ya que algunas actividades sólo presentan 2 calificaciones 0 y 5, o bien 0, 5 y 10, y por último 0, 5, 10 y 15. Las puntuaciones por cada actividad dan resultados de independencia, intermedios y dependencia. Al finalizar se suman estos puntos y existe una calificación global que es la que marca el nivel de dependencia. El rango de puntos menor de 20, marca nivel de dependencia total, de 20 a 35 puntos dependencia grave, de 40 a 55 puntos dependencia moderada, más de 60 puntos dependencia leve, 100 puntos es autonomía. Es Fácil de aplicar, entender y de interpretar, tiene tiempo medio requerido de 15 minutos para su aplicación. Puede ser repetido periódicamente. Es de fácil adaptación a diferentes ámbitos culturales. Es útil en la evaluación de la capacidad funcional de pacientes con discapacidades y especialmente con enfermedad vascular cerebral y se logra con los resultados de estimación de la necesidad de cuidados personales, es utilizado el Índice de Barthel en unidades geriátricas dentro del protocolo de valoración geriátrica como criterio de eficacia de los tratamientos, es un buen predictor de mortalidad y de respuesta a los tratamientos de rehabilitación, valora con precisión el resultado funcional final y la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y para regresar a la vida cotidiana. (24)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria en pacientes con antecedente de Enfermedad Vascul ar Isquémica en el HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

## **JUSTIFICACIÓN:**

Ante el impacto que tiene la enfermedad vascular cerebral isquémica sobre el individuo y su familia por discapacidad física y dependencia, uso de servicios de salud, consumo económico, es de suma importancia evaluar el estado funcional de cada paciente, concientizarnos de la enfermedad y realizar medidas preventivas de los factores de riesgo modificables desde el primer nivel de atención. El Índice de Barthel es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades básicas de la vida diaria, consideradas como básicas para la supervivencia, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de dependencia o independencia. Es fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar, y puede adaptarse a diferentes ámbitos culturales.

Por lo anterior, considero que el presente protocolo de investigación nos dará una visión amplia del nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria como el comer, lavarse-bañarse, vestirse, arreglarse, defecación, micción, ir al retrete, trasladarse de silla de ruedas a la cama, deambulación, subir y bajar escaleras y de esta forma nosotros los médicos familiares podamos ubicar la situación del paciente, observando el resultado del nivel de dependencia el cual es un predictor de evolución y pronóstico de morbimortalidad por lo que se podrá identificar a los de mayor riesgo, y hacer énfasis en éstos para tratar, educar y estimular al paciente, buscar redes de apoyo y así tener una mejor adaptación a su medio ambiente según su dependencia evaluada.

## **OBJETIVO GENERAL:**

- Evaluar el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria en pacientes con antecedente de enfermedad vascular cerebral isquémica del HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

## **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

- Identificar en pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria como el comer.
- Analizar en pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria como el lavarse-bañarse. •
- Conocer en pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria como el vestirse.
- Evaluar en pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria como el arreglarse.
- Identificar en pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria en cuanto a la defecación.
- Analizar en pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria en cuanto a la micción
- Conocer en pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria como ir al retrete.
- Evaluar en pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria como el traslado de silla de ruedas a la cama.
- Identificar en pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria como la deambulación.
- Analizar en pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria como el subir y bajar escaleras.

## **HIPÓTESIS:**

Se realiza con fines de enseñanza

### HIPÓTESIS NULA

H<sub>0</sub>: Los pacientes con antecedente de Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica que acuden a consulta al HGZ/UMF # 8 no tienen un nivel de dependencia leve en actividades básicas de la vida diaria.

### HIPÓTESIS ALTERNA.

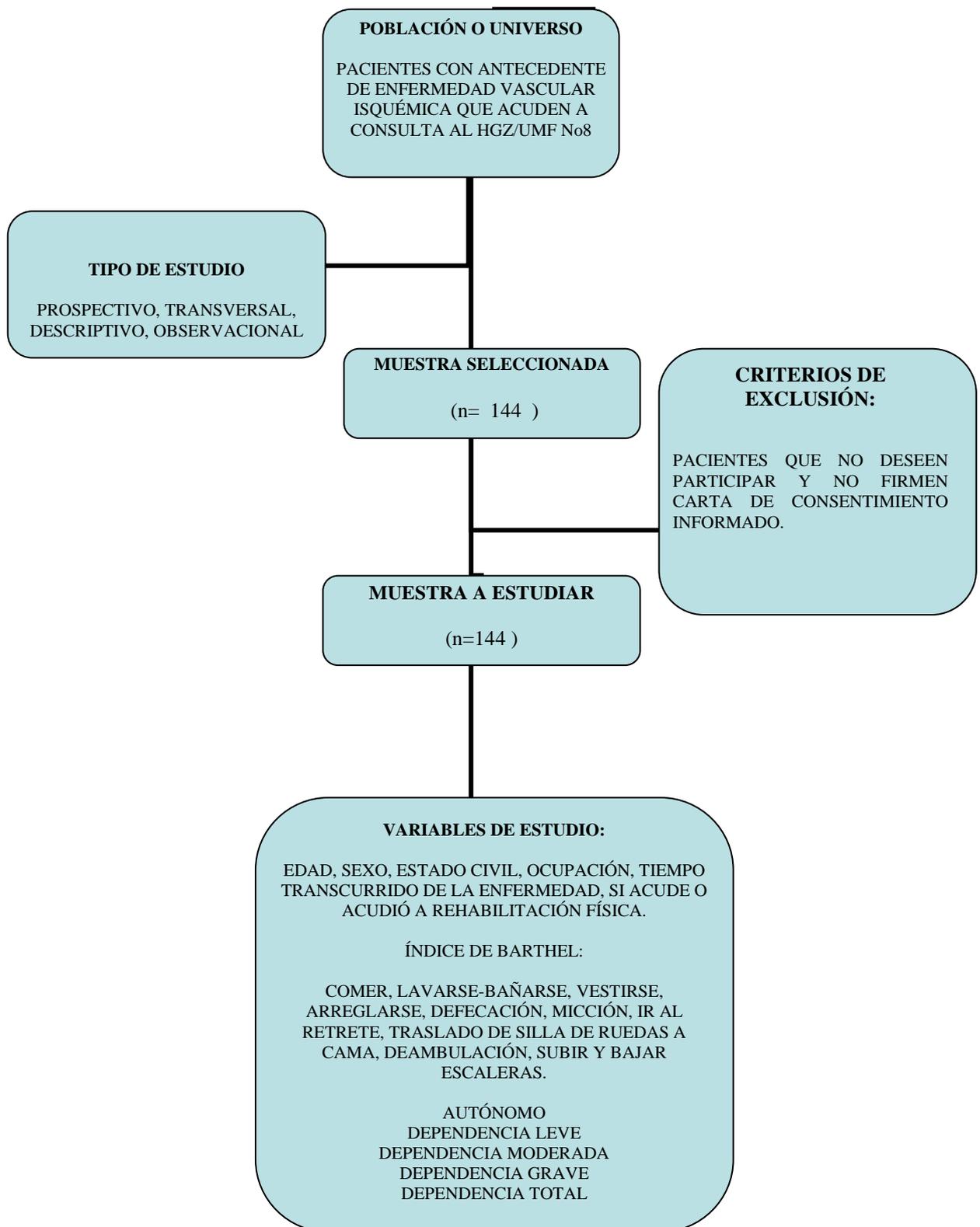
H<sub>1</sub>: Los pacientes con antecedente de Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica que acuden a consulta al HGZ/UMF # 8 tienen un nivel de dependencia leve en actividades básicas de la vida diaria.

## **MATERIALES Y MÉTODOS:**

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

- A) Según el proceso de causalidad o tiempo de recurrencias de los hechos registrados de la información:  
PROSPECTIVO
- B) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio:  
TRANSVERSAL
- C) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados:  
NO COMPARATIVO
- D) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados:  
DESCRIPTIVO
- E) De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:  
OBSERVACIONAL

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:



Elaboró: Dra. Marlen López Pedraza (México 2013)

## **POBLACIÓN Ó UNIVERSO:**

El estudio se realizó en pacientes con antecedente de Enfermedad Vascular Isquémica que acudió a consulta en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, en el Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

## **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:**

La investigación se efectuó en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo que se encuentra en Av. Río Magdalena 289, Colonia Tizapan San Ángel, Delegación Álvaro Obregón en el Distrito Federal, México. Se realizó en el periodo comprendido de Marzo a Enero 2013.

## MUESTRA:

El tamaño de la muestra es probabilístico en base a la prevalencia nacional de Enfermedad Vascular Isquémica. El tamaño de la muestra necesaria para un estudio descriptivo de una variable dicotómica con una población en base a su prevalencia la cual requirió 144 pacientes con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.11. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

N.= Número total de individuos requeridos

Z alfa =. Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P.= Proporción esperada

(1-P)= Nivel de confianza del 99%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z^2 P (1-P)}{W^2}$$

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes derechohabientes del IMSS que acudan a consulta al HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, que tengan antecedente de más de 6 meses de Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica de diagnóstico, sin importar si llevaron o no rehabilitación física para dicho evento.
- Sin distinción de sexo o edad.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes que no desearon participar en el cuestionario.
- Pacientes que no firmaron carta de consentimiento informado.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- Pacientes que contestaron de forma incompleta o dieron más de una respuesta en el instrumento aplicado.

## **VARIABLES:**

### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

Edad

Sexo

Ocupación

Estado civil

Tiempo transcurrido de la enfermedad vascular cerebral isquémica

Rehabilitación física

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica

**VARIABLE DEPENDIENTE:**

Dependencia

**VARIABLES DEL ÍNDICE DE BARTHEL**

Comer

Lavarse-Bañarse

Vestirse

Arreglarse

Defecación

Micción

Ir al retrete

Traslado en silla de ruedas a cama

Deambulaci3n

Subir y bajar escaleras

**NIVEL DE DEPENDENCIA (CALIFICACI3N GLOBAL)**

Dependencia Total

Dependencia grave

Dependencia moderada

Dependencia leve

Aut3nomo

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
EDAD	Tiempo que un ser humano ha vivido en años a partir de su nacimiento.
SEXO	Género al que pertenece un individuo
OCUPACIÓN	Forma en que una persona dedica tiempo
ESTADO CIVIL	Estado en que una persona se encuentra legalmente
TIEMPO TRANSCURRIDO DEL EVENTO CEREBRAL ISQUÉMICO	Tiempo transcurrido en años que presentó enfermedad vascular cerebral isquémica.
REHABILITACIÓN FÍSICA	Conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad funcional de una persona para realizar por sí misma actividades básicas de la vida diaria.
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA	La enfermedad vascular cerebral es el rápido desarrollo de un déficit neurológico focal causado por una interrupción del suministro de sangre a la zona correspondiente del cerebro.
DEPENDENCIA	Es la incapacidad de una persona para realizar por sí mismo actividades básicas de la vida diaria.
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	Son las 10 actividades de la vida diaria de una persona para satisfacer sus necesidades básicas indispensables para la supervivencia como el comer, lavarse-bañarse, vestirse, arreglarse, defecación, micción, ir al retrete, trasladarse al sillón o cama, deambulación, subir y bajar escaleras.

Elaboró: Dra. Marlen López Pedraza (México 2013)

## DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES CARACTERÍSTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
EDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1=50-60 AÑOS 2=61-70 AÑOS 3=71-80 AÑOS 4=MÁS DE 81 AÑOS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO 2=MASCULINO
OCUPACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1=EMPLEADO 2=DESEMPLEADO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO
TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA	CUALITATIVA	NOMINAL	1=6 MESES A 2 AÑOS 2=2 A 4 AÑOS 3=4 A 6 AÑOS 4= 6 A 8 AÑOS 5=MÁS DE 8 AÑOS
ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACIÓN FÍSICA	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SI 2=NO
COMER	CUALITATIVA	NOMINAL	1=INDEPENDIENTE 2=NECESITA AYUDA 3.-DEPENDIENTE
LAVARSE-BAÑARSE	CUALITATIVA	NOMINAL	1=INDEPENDIENTE 2=NECESITA AYUDA 3=DEPENDIENTE
VESTIRSE	CUALITATIVA	NOMINAL	1=INDEPENDIENTE 2=NECESITA AYUDA 3=DEPENDIENTE
ARREGLARSE	CUALITATIVA	NOMINAL	1=INDEPENDIENTE 2=DEPENDIENTE

DEFECACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1=CONTINENCIA 2=ACCIDENTE OCASIONAL 3=INCONTINENTE
MICCIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1=CONTINENTE 2=ACCIDENTE OCASIONAL 3=INCONTINENTE
IR AL RETRETE	CUALITATIVA	NOMINAL	1=INDEPENDIENTE 2=NECESITA AYUDA 3=DEPENDIENTE
TRASLADARSE SILLÓN/ CAMA	CUALITATIVA	NOMINAL	1=INDEPENDIENTE 2=MINIMA AYUDA 3=GRAN AYUDA 4=DEPENDIENTE
DEAMBULACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1=INDEPENDIENTE 2=NECESITA AYUDA 3=INDEPENDIENTE CON SILLA DE RUEDAS 4=DEPENDIENTE
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	CUALITATIVA	NOMINAL	1=INDEPENDIENTE 2=NECESITA AYUDA 3=DEPENDIENTE
CATEGORIA DE DEPENDENCIA (CALIFICACIÓN GLOBAL)	CUALITATIVA	NOMINAL	1=DEPENDENCIA TOTAL 2=DEPENDENCIA GRAVE 3=DEPENDENCIA MODERADA 4=DEPENDENCIA LEVE 5=AUTÓNOMO

Elaboró: Dra. Marlen López Pedraza (México 2013)

## **DISEÑO ESTADÍSTICO:**

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Se realizó un análisis univariado obteniéndose frecuencias y porcentajes, de igual forma en el análisis bivariado se obtuvo frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó en relación a su prevalencia del 11% por lo que la muestra a estudiar fue de 144 pacientes con un intervalo de confianza de 99%, con una amplitud del intervalo de confianza de 0.10.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después (1965). Este índice consta de diez parámetros que miden las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), consideradas indispensables para la supervivencia, la elección de las mismas se realizó de forma empírica según la opinión de médicos y fisioterapeutas. En 1979 Granger publicó la modificación del Índice de Barthel, el cambio fundamental se encontraba en el parámetro relativo a agregar el traslado en silla de ruedas a cama, siendo esta versión más difundida y utilizada en la mayoría de los países. Su reproducción fue determinada en 1988. El Índice de Barthel tiene un alfa de Cronbach de 0.92 respectivamente. Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizado en los servicios de geriatría y de rehabilitación. La traducción al español se publicó en el año 1993 y en México se comenzó a utilizar en unidades de pacientes geriátricos, rehabilitación y con enfermedad vascular cerebral, posteriormente en otros niveles asistenciales y estar en las guías mexicanas de práctica clínica vigentes. Al principio el Índice de Barthel se evaluó mediante la observación directa, hoy en día se ha generalizado la obtención verbal de información directamente del individuo o de su cuidador primario. Ambos métodos ofrecen fiabilidad similar.

El Índice de Barthel valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, defecación, micción, ir al retrete, traslado de silla de ruedas a cama, deambulación y subir y bajar escaleras; en función de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final global que varía de 0 a 100. La puntuación global de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. La evaluación es por cada actividad básica de la vida diaria y que al final se suman para dar una calificación global, siendo la calificación en cada actividad, la mínima de 0 y máxima 15, los cambios se producen de 5 en 5, siendo diferentes calificaciones en cada una ya que algunas actividades sólo presentan 2 calificaciones 0 y 5, o bien 0, 5 y 10, y por último 0, 5, 10 y 15. Las puntuaciones por cada actividad dan resultados de independencia, intermedios y dependencia. Al finalizar se suman estos puntos y existe una calificación global que es la que marca el nivel de dependencia. El rango de puntos menor de 20, marca nivel de dependencia total, de 20 a 35 puntos dependencia grave, de 40 a 55 puntos dependencia moderada, más de 60 puntos dependencia leve, 100 puntos es autonomía. Es Fácil de aplicar, entender y de interpretar, tiene tiempo medio requerido de 15 minutos para su aplicación. Puede ser repetido periódicamente. Es de fácil adaptación a diferentes ámbitos culturales. Es útil en la evaluación de la capacidad funcional de pacientes con discapacidades y especialmente con enfermedad vascular cerebral y se logra con los resultados de estimación de la necesidad de cuidados personales, es utilizado el Índice de Barthel en unidades geriátricas dentro del protocolo de valoración geriátrica como criterio de eficacia de los tratamientos, es un buen predictor de mortalidad y de respuesta a los tratamientos de rehabilitación, valora con precisión el resultado funcional final y la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y para regresar a la vida cotidiana. (Ver anexos)

## **METODO DE RECOLECCIÓN:**

Se les explicó e invito a participar en el proyecto de investigación, de forma individual a los pacientes con antecedente de Enfermedad Vasculad Cerebral Isquémica que acudieron a consulta al HGZ/UMF # 8. Se les proporcionó el consentimiento informado y una vez leído, aceptado y firmado, se dio un tiempo de 15 minutos para la realización del Índice de Barthel. Toda esta información se obtuvo en el periodo marzo a diciembre 2012. Por último se procedió a efectuar el análisis estadístico del estudio en el programa SPSS 20 de Windows.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:**

Se aplicó el cuestionario de forma individual. Se aplicó a adultos no importando la edad. Si el administrador de la prueba sospechó que el nivel de lectura era inadecuado, debió trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto leyera el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas.

La prueba debió realizarse en 15 minutos. Es importante recordar que las respuestas no requirieron ayuda de otras personas. El examinador explicó de esta forma: “Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta”.

El examinador no debió discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debió ser él quien debió buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto preguntó el significado de una palabra, si fue posible, debió darse la definición del cuestionario. El examinador debió revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas fue señalada para cada pregunta.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA.  
HGZ/UMF # 8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO

TÍTULO DE TESIS:  
**EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES  
CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD VASCULAR ISQUÉMICA EN EL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO  
FLORES IZQUIERDO**

2012-2014

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2014
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPÓTESIS		X										
PROPÓSITOS		X										
DISEÑO METODOLÓGICO		X										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO		X	X									
CONSIDERACIONES ÉTICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFÍA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACIÓN			X									
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO				X								
RECOLECCIÓN DE DATOS					X	X	X	X	X	X		
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X	X		
ANÁLISIS DE DATOS									X	X		
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X	X		
+DISCUSIÓN DE DATOS									X	X		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL										X	X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACIÓN												X

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:**

Para la realización de este proyecto se contó con un investigador quien fue el aplicador de cuestionarios y recolector de datos. Un asesor quien dirigió la investigación. Se contó con una computadora portátil, una USB para almacenar toda la investigación, programa SPSS 20 de Windows, servicio de fotocopiado para reproducir el cuestionario del Índice de Barthel, impresora, lapiceros. Los gastos en general se absorbieron por el residente de Medicina Familiar investigador.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente protocolo de investigación no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), por la 18va. Asamblea Médica Mundial y la modificada en la 52va, en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones, así como en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto. (Ver anexos)

## RESULTADOS

- Se estudió 144 pacientes, se encontró predominio de sexo femenino 86 (59.70%), sexo masculino 58 (40.30%). (Ver cuadro 1)
- La edad que se valoró, 6 (4.20%) fue del rango de 50 a 60 años de edad 54 (37.50%) del rango de 61 a 70 años, 52 (36.10%) del rango de 71 a 80 años, 32 (22.20%) más de 81 años.(Ver cuadro 2)
- En ocupación se observó: 108 (75.00%) desempleados, 36 (25.00%) empleados. (Ver cuadro 3)
- En el estado civil se encontró: 99 (68.80%) casados, 45 (31.30%) solteros. (Ver cuadro 4)
- En el tiempo transcurrido de la enfermedad vascular isquémica se observó: 15 (10.40%) de 6 meses a 2 años, 34 (23.60%) de 2 a 4 años, 43 (29.90%) de 4 a 6 años, 36 (25.00%) de 6 a 8 años, 16 (11.10%) más de 8 años (Ver cuadro 5)
- De acuerdo a si acude o acudió a Rehabilitación Física se midió: 120 (83.30%) si acuden o acudieron, 24 (16.70%) no acuden o acudieron. (Ver cuadro 6)
- En el rubro de dependencia en comer, se analizó 37 (25.70%) son independientes, 105 (72.90%) necesitan ayuda, y 2 (1.40%) son dependientes. (Ver cuadro 7)
- En el apartado de dependencia en lavarse/bañarse, se observó 119 (82.60%) son independientes, 25 (17.40%) son dependientes. (Ver cuadro 8)
- En la sección de dependencia en vestirse, se midió 55 (38.20%) son independientes, 86 (59.70%) necesitan ayuda y 3 (2.10%) son dependientes. (Ver cuadro 9)
- En el componente de dependencia en arreglarse, se valoró 60 (41.70%) son independientes, 84 (58.30%) son dependientes. (Ver cuadro 10)
- En el conjunto de dependencia en cuanto a defecación, se encontró 124 (86.10%) son continentes, 20 (13.90%) tienen accidente ocasional. (Ver cuadro 11)
- En el rubro de dependencia en cuanto a micción, se observó 107 (74.30%) son continentes, 37 (25.70%) tienen accidente ocasional. (Ver cuadro 12)
- En el apartado de dependencia en ir al retrete, se midió 12 (77.80%) son independientes, 29 (20.10%) necesitan ayuda, 3 (2.10%) son dependientes. (Ver cuadro 13)
- En la sección de dependencia en trasladarse de silla de ruedas a cama, se valoró 64 (44.40%) son independientes, 70 (48.60%) requieren mínima ayuda, 10 (6.90%) requieren gran ayuda. (Ver cuadro 14)

- En el componente de dependencia en deambulaci3n, se encontr3 113 (78.50%) son independientes, 29 (20.10%) necesitan ayuda, 2 (1.40%) son independientes con silla de ruedas. (Ver cuadro 15)
- En el conjunto de dependencia en subir y bajar escaleras, se observ3 44 (30.60%) son independientes, 89 (61.80%) necesitan ayuda, 11 (7.60%) son dependientes. (Ver cuadro 16)
- En el rubro de dependencia (calificaci3n global) en actividades b3sicas de la vida diaria se midi3 4 (2.80%) tuvieron dependencia grave, 19 (13.20%) presentaron dependencia moderada, 110 (76.40%) mostraron dependencia leve, 11 (7.60%), ostentaron autonomía. (Ver cuadro 17)
- En el apartado de rango de edad y dependencia en el comer, se valor3 1 (16.70%) de 50 a 60 a1os tuvieron independencia, 5 (83.30%) necesitaron ayuda. De 61 a 70 a1os 26 (48.10%) presentaron independencia, 28 (51.90%) necesitaron ayuda. De 71 a 80 a1os 10 (19.2%) mostraron independencia, 42 (80.8%) necesitaron ayuda. M3s de 81 a1os 30 (93.80%) ostentaron necesitar ayuda, 2 (6.30%) tuvieron dependencia. (Ver cuadro 18)
- En la secci3n de rango de edad y dependencia en el lavarse/ba1arse, se encontr3 6 (100.00%) de 50 a 60 a1os presentaron independencia. De 61 a 70 a1os 54 (100.00%) mostraron independencia. De 71 a 80 a1os 49 (94.20%) ostentaron independencia, 3 (5.80%) tuvieron dependencia. M3s de 81 a1os 10 (31.30%) presentaron independencia, 22 (68.80%) mostraron dependencia. (Ver cuadro 19)
- En la secci3n de rango de edad y dependencia en vestirse, se encontr3 2 (33.30%) de 50 a 60 a1os ostentaron independencia, 4 (66.70%) tuvieron que necesitar ayuda. De 61 a 70 a1os 38 (70.40%) presentaron independencia, 16 (29.60%) mostraron necesitar ayuda. De 71 a 80 a1os 14 (26.90%) ostentaron independencia, 38 (73.10%) tuvieron que necesitar ayuda. M3s de 81 a1os 1 (3.10%) presentaron independencia, 28 (87.50%) mostraron necesitar ayuda, 3 (9.40%) tuvieron dependencia. (Ver cuadro 20)
- En el componente de rango de edad y dependencia en arreglarse, se observ3 3 (50.00%) ostentaron independencia, 3 (50.00%) tuvieron dependencia. De 61 a 70 a1os 37 (68.50%) presentaron independencia, 17 (31.50%) mostraron dependencia. De 71 a 80 a1os 16 (30.80%) ostentaron independencia, 36 (69.20%) tuvieron dependencia. M3s de 81 a1os 4 (12.50%) presentaron independencia, 28 (87.50%) mostraron dependencia. (Ver cuadro 21)
- En el conjunto de rango de edad y dependencia en cuanto a defecaci3n, se midi3 6 (100.00%) de 50 a 60 a1os ostentaron continencia. De 61 a 70 a1os 54 (100.00%) tuvieron continencia. De 71 a 80 a1os 49 (94.20%) presentaron continencia, 3 (5.80%) mostraron accidente ocasional. M3s de 81 a1os 15 (46.90%) ostentaron continencia, 17 (53.10%) tuvieron accidente ocasional. (Ver cuadro 22)

- En el rubro de rango de edad y dependencia en cuanto a micción, se valoró 6 (100.00%) de 50 a 60 años presentaron continencia. De 61 a 70 años 51 (94.40%) mostraron continencia, 3 (5.60%) ostentaron accidente ocasional. De 71 a 80 años 41 (78.80%) tuvieron continencia, 11 (21.20%) presentaron accidente ocasional. Más de 81 años 9 (28.10%) mostraron continencia, 23 (71.90%) ostentaron accidente ocasional. (Ver cuadro 23)
- En el apartado de rango de edad y dependencia en ir al retrete, se encontró 4 (66.70%) de 50 a 60 años tuvieron independencia, 2 (33.30%) presentaron necesitar ayuda. De 61 a 70 años 54 (100.00%) mostraron independencia. De 71 a 80 años 47 (90.40%) ostentaron independencia, 5 (9.60%) tuvieron que necesitar ayuda. Más de 81 años 7 (21.90%) presentaron independencia, 22 (68.80%) mostraron necesitar ayuda. (Ver cuadro 24)
- En la sección de rango de edad y dependencia en traslado de silla de ruedas a cama, se observó 3 (50.00%) de 50 a 60 años ostentaron independencia, 3 (50.00%) tuvieron que necesitar mínima ayuda. De 61 a 70 años 41 (75.90%) presentaron independencia, 13 (24.10%) mostraron necesitar mínima ayuda. De 71 a 80 años 19 (36.50%) ostentaron independencia, 32 (61.50%) tuvieron que necesitar mínima ayuda, 1 (1.90%) presentaron gran ayuda. Más de 81 años 1 (3.10%) mostraron independencia, 22 (68.80%) ostentaron necesitar mínima ayuda, 3 (28.10%) tuvieron que necesitar gran ayuda. (Ver cuadro 25)
- En el componente de rango de edad y dependencia en deambulaci3n, se midió 4 (66.70%) de 50 a 60 años presentaron independencia, 2 (33.30%) mostraron necesitar ayuda. De 61 a 70 años 53 (98.10%) ostentaron independencia, 1 (1.90%) tuvieron que necesitar ayuda. De 71 a 80 años 46 (88.50%) presentaron independencia, 6 (11.50%) mostraron necesitar ayuda. Más de 81 años 10 (31.30%) ostentaron independencia, 20 (62.50%) tuvieron que necesitar ayuda, 2 (6.30%) presentaron independencia con silla de ruedas. (Ver cuadro 26)
- En el conjunto de rango de edad y dependencia en subir y bajar escaleras, se valoró 6 (100.00%) de 50 a 60 años mostraron necesitar ayuda. De 61 a 70 años 31 (57.40%) ostentaron independencia, 23 (42.60%) tuvieron que necesitar ayuda. De 71 a 80 años 12 (23.10%) presentaron independencia, 39 (75.00%) mostraron necesitar ayuda, 1 (1.90%) ostentaron dependencia. Más de 81 años 1 (3.10%) tuvieron independencia, 21 (65.60%), 10 (31.30%) presentaron dependencia. (Ver cuadro 27)
- En el rubro de rango de edad y dependencia (calificaci3n global), se encontró 6 (100.00%) de 50 a 60 años mostraron dependencia leve. De 61 a 70 años 44 (81.50%) ostentaron dependencia leve, 10 (18.50%) tuvieron autonomía. De 71 a 80 años 2 (3.80%) presentaron dependencia moderada, 49 (94.20%) mostraron dependencia leve, 1 (1.90%) ostentaron autonomía. Más de 81 años 4 (12.50%) tuvieron dependencia grave, 17 (53.10%) presentaron dependencia moderada, 11 (34.40%) mostraron dependencia leve. (Ver cuadro 28)
- En el apartado de género y dependencia en comer, se observó 23 (26.70%) mujeres que ostentaron independencia, 61 (70.90%) tuvieron que necesitar ayuda, 2 (2.30%) presentaron dependencia. En hombres 14 (24.10%) mostraron independencia, 44 (75.90%) ostentaron necesitar ayuda. (Ver cuadro 29)

- En la sección de género y dependencia en lavarse/bañarse, se midió 72 (83.70%) mujeres que tuvieron independencia, 14 (16.30%) presentaron dependencia. En hombres 47 (81.10%) mostraron independencia, 11 (19.00%) ostentaron dependencia. (Ver cuadro 30)
- En el componente de género y dependencia en vestirse, se valoró 35 (40.70%) mujeres que tuvieron independencia, 48 (55.80%) presentaron necesitar ayuda. 3 (3.50%) mostraron dependencia. En hombres 20 (34.50%) ostentaron independencia, 38 (65.50%) tuvieron que necesitar ayuda. (Ver cuadro 31)
- En el conjunto de género y dependencia en arreglarse, se encontró 38 (44.20%) mujeres presentaron independencia, 48 (55.80%) mostraron dependencia. En hombres 22 (37.90%) ostentaron independencia, 36 (62.10%) tuvieron dependencia. (Ver cuadro 32)
- En el rubro de género y dependencia en cuanto a defecación, se observó 75 (87.20%) mujeres presentaron continencia, 11 (12.80%) mostraron accidente ocasional. En hombres 49 (84.50%) ostentaron continencia, 9 (15.50%) tuvieron accidente ocasional. (Ver cuadro 33)
- En el apartado de género y dependencia en cuanto a micción, se midió 69 (80.20%) mujeres presentaron continencia, 17 (19.80%) mostraron accidente ocasional. En hombres 38 (65.50%) ostentaron continencia, 20 (34.50%) tuvieron accidente ocasional. (Ver cuadro 34)
- En la sección de género y dependencia en ir al retrete, se valoró 67 (77.90%) mujeres presentaron independencia, 17 (19.80%) mostraron necesitar ayuda, 2 (2.30%) ostentaron dependencia. En hombres 45 (77.60%) tuvieron independencia, 12 (20.70%) presentaron necesitar ayuda, 1 (1.70%) mostraron dependencia. (Ver cuadro 35)
- En el componente de género y dependencia en traslado de silla de ruedas a cama, se encontró 42 (48.80%) mujeres ostentaron independencia, 37 (43.00%) tuvieron mínima ayuda, 7 (8.10%) presentaron gran ayuda. En hombres 22 (37.90%) mostraron independencia, 33 (56.90%) ostentaron mínima ayuda, 3 (5.20%) tuvieron gran ayuda. (Ver cuadro 36)
- En el conjunto de género y dependencia en deambulación, se observó 67 (77.90%) mujeres presentaron independencia, 17 (19.80%) mostraron necesitar ayuda, 2 (2.30%) ostentaron independencia con silla de ruedas. En hombres 46 (79.30%) tuvieron independencia, 12 (20.70%) presentaron necesitar ayuda. (Ver cuadro 37)
- En el rubro de género y dependencia en subir y bajar escaleras, se midió 29 (33.70%) mujeres mostraron independencia, 50 (58.10%) ostentaron necesitar ayuda, 7 (8.10%) tuvieron dependencia. En hombres 15 (25.90%) presentaron independencia, 39 (67.20%) mostraron necesitar ayuda, 4 (6.90%) ostentaron dependencia. (Ver cuadro 38)

- En el componente de género y dependencia (calificación global), se valoró 3 (3.50%) mujeres tuvieron dependencia grave, 9 (10.50%) presentaron dependencia moderada, 67 (77.90%) mostraron dependencia leve, 7 (8.10%) ostentaron autonomía. En hombres 1 (1.70%) tuvieron dependencia grave, 10 (17.20%) presentaron dependencia moderada, 43 (74.10%) mostraron dependencia leve, 4 (6.90%) ostentaron autonomía. (Ver cuadro 39)
- En el apartado de tiempo transcurrido de la enfermedad y dependencia en comer, se analizó 5 (33.30%) de 6 meses a 2 años ostentaron independencia, 10 (66.70%) tuvieron que necesitar ayuda. De 2 a 4 años 13 (38.20%) presentaron independencia, 21 (61.80%) mostraron necesitar ayuda. De 4 a 6 años 7 (16.30%) ostentaron independencia, 36 (83.70%) tuvieron que necesitar ayuda. De 6 a 8 años 11 (30.60%) presentaron independencia, 23 (63.90%) mostraron necesitar ayuda, 2 (5.60%) ostentaron dependencia. Más de 8 años 1 (6.30%) tuvieron independencia, 15 (93.80%) presentaron necesitar ayuda. (Ver cuadro 40)
- En la sección de tiempo transcurrido de la enfermedad y dependencia en lavarse/bañarse, se observó 15 (100.00%) de 6 meses a 2 años mostraron independencia. De 2 años a 4 años 30 (88.20%) ostentaron independencia, 4 (11.80%) tuvieron dependencia. De 4 a 6 años 38 (88.40%) presentaron independencia, 5 (11.60%) mostraron dependencia. De 6 a 8 años 26 (72.20%) ostentaron independencia, 10 (27.80%) tuvieron dependencia. Más de 8 años 10 (62.50%) presentaron independencia, 6 (37.50%) mostraron dependencia. (Ver cuadro 41)
- En el componente de tiempo transcurrido de la enfermedad y dependencia en vestirse, se midió 7 (46.70%) de 6 meses a 2 años ostentaron independencia, 8 (53.30%) tuvieron que necesitar ayuda. De 2 a 4 años 21 (61.80%) presentaron independencia, 13 (38.20%) mostraron necesitar ayuda. De 4 a 6 años 14 (32.60%) ostentaron independencia, 29 (67.40%) tuvieron que necesitar ayuda. De 6 a 8 años 10 (27.80%) presentaron independencia, 23 (63.90%) mostraron necesitar ayuda, 3 (8.30%) ostentaron dependencia. Más de 8 años 3 (18.80%) tuvieron independencia, 13 (81.30%) presentaron necesitar ayuda. (Ver cuadro 42)
- En el conjunto de tiempo transcurrido de la enfermedad y dependencia en arreglarse, se valoró 10 (66.70%) de 6 meses a 2 años mostraron independencia, 5 (33.30%) ostentaron dependencia. De 2 a 4 años 21 (61.80%) tuvieron independencia, 13 (38.20%) presentaron dependencia. De 4 a 6 años 12 (27.90%) mostraron independencia, 31 (72.10%) ostentaron dependencia. De 6 a 8 años 5 (72.20%) tuvieron independencia, 24 (27.80%) presentaron dependencia. Más de 8 años 60 (31.30%) mostraron independencia, 11 (68.80%) ostentaron dependencia. (Ver cuadro 43)
- En el rubro de tiempo transcurrido de la enfermedad y dependencia en cuanto a defecación, se encontró 15 (100.00%) de 6 meses a 2 años tuvieron continencia. De 2 a 4 años 29 (85.30%) presentaron continencia, 5 (14.70%) mostraron accidente ocasional. De 4 a 6 años 40 (93.00%) ostentaron continencia, 3 (7.00%) tuvieron accidente ocasional. De 6 a 8 años 28 (77.80%) presentaron continencia, 8 (22.20%) mostraron accidente ocasional. Más de 8 años 12 (75.00%) ostentaron continencia, 4 (25.00%) tuvieron accidente ocasional. (Ver cuadro 44)

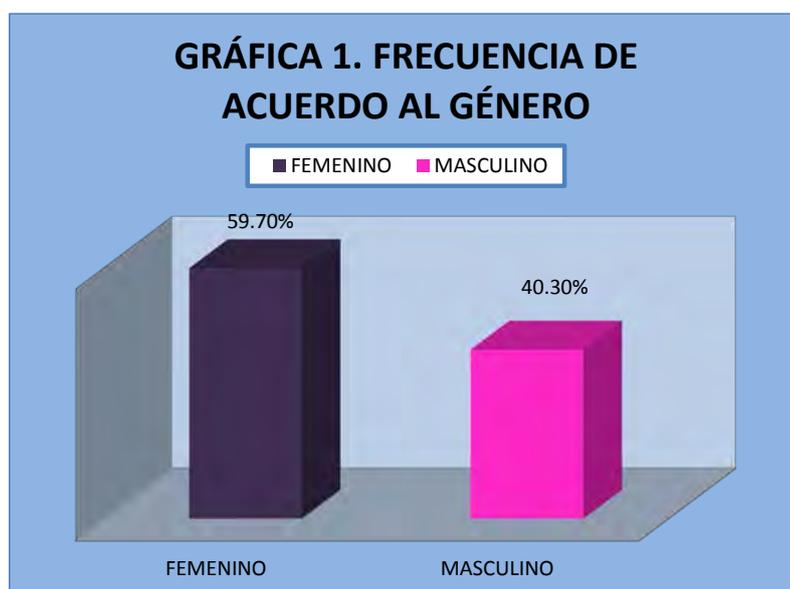
- En el apartado de tiempo transcurrido de la enfermedad y dependencia en cuanto a micción, se analizó 15 (100.00%) de 6 meses a 2 años presentaron continencia. De 2 a 4 años 29 (85.30%) mostraron continencia, 5 (14.70%) ostentaron accidente ocasional. De 4 a 6 años 31 (72.10%) tuvieron continencia, 12 (27.90%) presentaron accidente ocasional. De 6 a 8 años 23 (63.90%) mostraron continencia, 13 (36.10%) ostentaron accidente ocasional. Más de 8 años 9 (56.30%) tuvieron continencia, 7 (43.80%) presentaron accidente ocasional. (Ver cuadro 45)
- En la sección de tiempo transcurrido de la enfermedad y dependencia en ir al retrete, se observó 13 (86.70%) de 6 meses a 2 años mostraron independencia, 2 (13.00%) ostentaron necesitar ayuda. De 2 a 4 años 30 (88.20%) tuvieron independencia, 4 (11.80%) presentaron necesitar ayuda. De 4 a 6 años 37 (86.00%) mostraron independencia, 6 (14.00%) ostentaron necesitar ayuda. De 6 a 8 años 23 (63.90%) tuvieron independencia, 10 (27.80%) presentaron necesitar ayuda, 3 (8.30%) mostraron dependencia. Más de 8 años 9 (56.30%) ostentaron independencia, 7 (43.80%) tuvieron que necesitar ayuda. (Ver cuadro 46)
- En el componente de tiempo transcurrido de la enfermedad y dependencia en traslado de silla de ruedas a cama, se midió 11 (73.30%) de 6 meses a 2 años presentaron independencia, 4 (26.70%) mostraron mínima ayuda. De 2 a 4 años 21 (61.80%) ostentaron independencia, 11 (32.40%) tuvieron mínima ayuda, 2 (5.90%) presentaron gran ayuda. De 4 a 6 años 17 (39.50%) mostraron independencia, 26 (60.50%) ostentaron mínima ayuda. De 6 a 8 años 12 (33.30%) tuvieron independencia, 18 (50.00%) presentaron mínima ayuda, 6 (16.70%) mostraron gran ayuda. Más de 8 años 3 (18.80%) ostentaron independencia, 11 (68.80%) tuvieron mínima ayuda, 2 (12.50%) presentaron gran ayuda. (Ver cuadro 47)
- En el conjunto de tiempo transcurrido de la enfermedad y dependencia en deambulación, se valoró 13 (86.70%) de 6 meses a 2 años mostraron independencia, 2 (13.30%) ostentaron necesitar ayuda. De 2 a 4 años 30 (86.70%) tuvieron independencia, 4 (13.30%) presentaron necesitar ayuda. De 4 a 6 años 37 (86.00%) mostraron independencia, 6 (14.00%) ostentaron necesitar ayuda. De 6 a 8 años 22 (61.10%) tuvieron independencia, 12 (33.30%) presentaron necesitar ayuda, 2 (5.60%) mostraron independencia con silla de ruedas. Más de 8 años 11 (68.80%) ostentaron independencia, 5 (31.30%) tuvieron que necesitar ayuda. (Ver cuadro 48)
- En el rubro de tiempo transcurrido de la enfermedad y dependencia en subir y bajar escaleras, se encontró 7 (46.70%) de 6 meses a 2 años presentaron independencia, 8 (53.30%) mostraron necesitar ayuda. De 2 a 4 años 14 (41.20%) ostentaron independencia, 17 (50.00%) tuvieron que necesitar ayuda, 3 (8.80%) presentaron dependencia. De 4 a 6 años 11 (25.60%) mostraron independencia. De 6 a 8 años 9 (25.00%) ostentaron independencia, 22 (61.10%) tuvieron que necesitar ayuda, 5 (13.90%) presentaron dependencia. Más de 8 años 3 (18.80%) mostraron independencia, 11 (68.80%) ostentaron necesitar ayuda, 2 (12.50%) tuvieron dependencia. (Ver cuadro 49)

- En el apartado de tiempo transcurrido de la enfermedad y dependencia (calificación global), se analizó 13 (86.70%) de 6 meses a 2 años presentaron dependencia leve, 2 (13.30%) mostraron autonomía. De 2 a 4 años 4 (11.80%) ostentaron dependencia moderada, 25 (73.50%) tuvieron dependencia leve, 5 (14.70%) presentaron autonomía. De 4 a 6 años 5 (11.60%) mostraron dependencia moderada, 38 (88.40%) ostentaron dependencia leve. De 6 a 8 años 4 (11.10%) tuvieron dependencia grave, 5 (13.90%) presentaron dependencia moderada, 23 (63.90%) mostraron dependencia leve, 4 (11.10%) ostentaron autonomía. Más de 8 años 5 (31.30%) tuvieron dependencia moderada, 11 (68.80%) presentaron dependencia leve. (Ver cuadro 50)
- En la sección de si acude o acudió a rehabilitación física y dependencia en comer, se observó 13 (27.50%) que si acuden o acudieron a rehabilitación física mostraron independencia, 85 (70.80%) ostentaron necesitar ayuda, 2 (1.70%) tuvieron dependencia. De los que no acuden o acudieron a rehabilitación física 4 (16.70%) presentaron independencia, 20 (83.30%) mostraron necesitar ayuda. (Ver cuadro 51)
- En el componente de si acude o acudió a rehabilitación física y dependencia en lavarse/bañarse, se midió 101 (84.20%) que si acuden o acudieron a rehabilitación física ostentaron independencia, 19 (15.80%) tuvieron dependencia. De los que no acuden o acudieron a rehabilitación física 18 (75.00%) presentaron independencia, 6 (25.00%) mostraron dependencia. (Ver cuadro 52)
- En el conjunto de si acude o acudió a rehabilitación física y dependencia en vestirse, se valoró 49 (40.80%) que si acuden o acudieron a rehabilitación física ostentaron independencia, 68 (56.70%) tuvieron que necesitar ayuda, 3 (2.50%) presentaron dependencia. De los que no acuden o acudieron a rehabilitación física 6 (25.00%) mostraron independencia, 18 (75.00%) ostentaron necesitar ayuda. (Ver cuadro 53)
- En el rubro de si acude o acudió a rehabilitación física y dependencia en arreglarse, se encontró 52 (43.30%) que si acuden o acudieron a rehabilitación física tuvieron independencia, 68 (56.70%) presentaron dependencia. De los que no acuden o acudieron a rehabilitación física 8 (33.30%) mostraron independencia, 16 (66.70%) ostentaron dependencia. (Ver cuadro 54)
- En el apartado de si acude o acudió a rehabilitación física y dependencia en cuanto a defecación, se analizó 104 (86.70%) si acuden o acudieron a rehabilitación física y tuvieron continencia, 16 (13.30%) presentaron accidente ocasional. De los que no acuden o acudieron a rehabilitación física 20 (83.30%) mostraron continencia, 4 (16.70%) ostentaron accidente ocasional. (Ver cuadro 55)
- En la sección de si acude o acudió a rehabilitación física y dependencia en cuanto a micción, se observó 95 (79.20%) si acuden o acudieron a rehabilitación física y tuvieron continencia, 25 (20.80%) presentaron accidente ocasional. De los que no acuden o acudieron a rehabilitación física 12 (50.00%) mostraron continencia, 12 (50.00%) ostentaron accidente ocasional. (Ver cuadro 56)

- En el componente de si acude o acudió a rehabilitación física y dependencia en ir al retrete, se midió 97 (80.80%) si acuden o acudieron a rehabilitación física y tuvieron independencia, 21 (17.50%) presentaron necesitar ayuda, 2 (1.70%) mostraron dependencia. De los que no acuden o acudieron a rehabilitación física 15 (62.50%) ostentaron independencia, 8 (33.80%) tuvieron que necesitar ayuda, 1 (4.20%) presentaron dependencia. (Ver cuadro 57)
- En el conjunto de si acude o acudió a rehabilitación física y dependencia en traslado de silla de ruedas a cama, se valoró 58 (48.30%) si acuden o acudieron a rehabilitación física y mostraron independencia, 54 (45.00%) ostentaron mínima ayuda, 8 (6.70%) tuvieron gran ayuda. De los que no acuden o acudieron a rehabilitación física 6 (25.00%) tuvieron independencia, 16 (66.70%) presentaron mínima ayuda, 2 (8.30%) mostraron gran ayuda. (Ver cuadro 58)
- En el rubro de si acude o acudió a rehabilitación física y dependencia en deambulación, se encontró 97 (80.80%) si acuden o acudieron a rehabilitación física y ostentaron independencia, 21 (17.50%) tuvieron que necesitar ayuda, 2 (1.70%) presentaron independencia con silla de ruedas. De los que no acuden o acudieron a rehabilitación física 16 (66.70%) mostraron independencia, 8 (33.30%) ostentaron necesitar ayuda. (Ver cuadro 59)
- En el apartado de si acude o acudió a rehabilitación física y dependencia en subir y bajar escaleras, se analizó 38 (31.70%) si acuden o acudieron a rehabilitación física y tuvieron independencia, 73 (60.80%) presentaron necesitar ayuda, 9 (7.50%) mostraron dependencia. De los que no acuden o acudieron a rehabilitación física 6 (25.00%) ostentaron independencia, 16 (66.70%) tuvieron que necesitar ayuda, 2 (8.30%) presentaron dependencia. (Ver cuadro 60)
- En la sección de si acude o acudió a rehabilitación física y dependencia (calificación global), se observó 3 (2.50%) si acuden o acudieron a rehabilitación física y mostraron dependencia grave, 14 (11.70%) ostentaron dependencia moderada, 92 (76.70%) tuvieron dependencia leve, 11 (9.20%) presentaron autonomía. De los que no acuden o acudieron a rehabilitación física 1 (4.20%) mostraron dependencia grave, 5 (20.80%) ostentaron dependencia moderada, 18 (75.00%) tuvieron dependencia leve. (Ver cuadro 61)

**TABLA 1. FRECUENCIA DE ACUERDO AL GÉNERO**

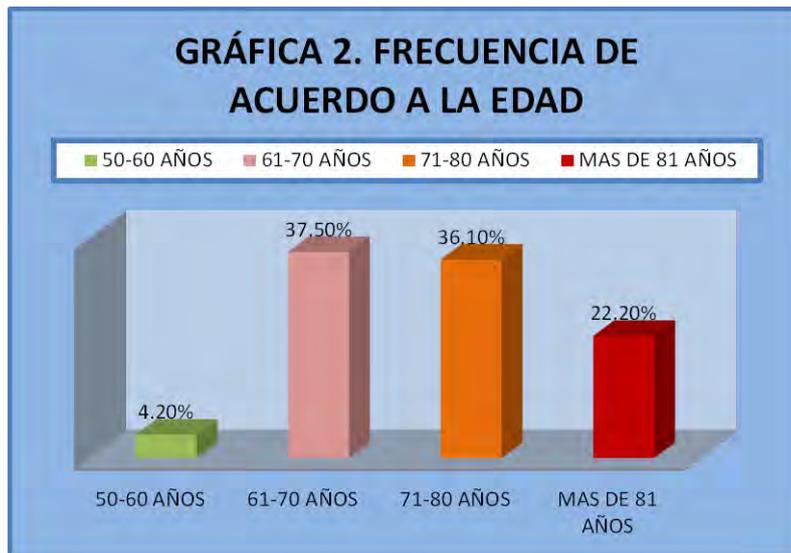
Género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	86	59.70
Masculino	58	40.30
Total	144	100.00



**Cuadro 1. Frecuencia de acuerdo al género.**

**TABLA 2. FRECUENCIA DE ACUERDO A LA EDAD**

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
50-60 AÑOS	6	4.20
61-70 AÑOS	54	37.50
71-80 AÑOS	52	36.10
MAS DE 81 AÑOS	32	22.20
Total	144	100.00



**Cuadro 2. Frecuencia de acuerdo a la edad.**

**TABLA 3. FRECUENCIA DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN**

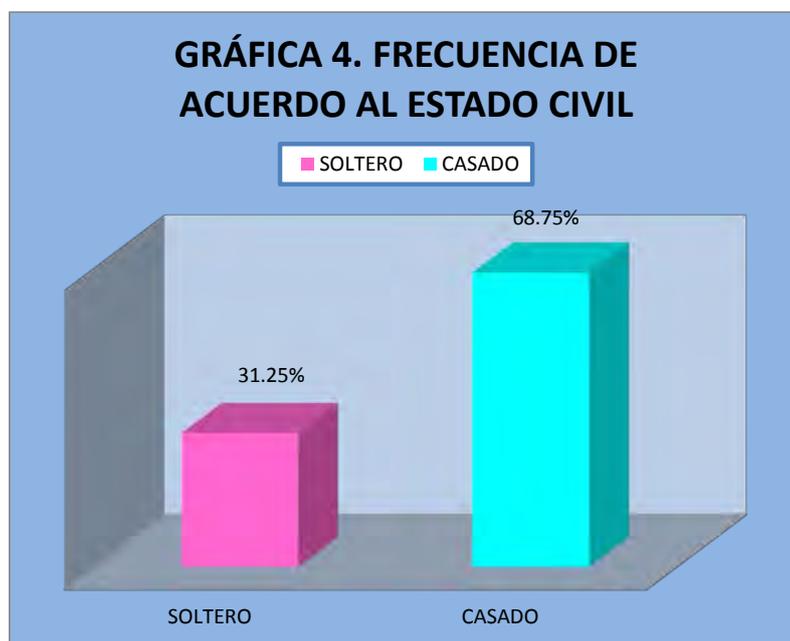
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	36	25.00
Desempleado	108	75.00
Total	144	100.00



**Cuadro 3. Frecuencia de acuerdo a la ocupación.**

**TABLA 4. FRECUENCIA DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL**

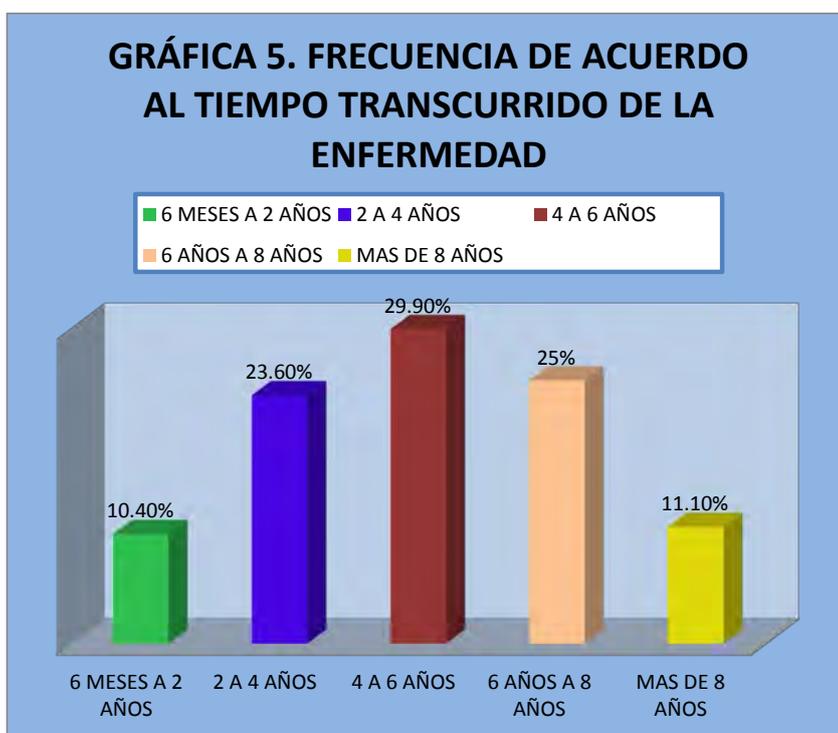
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	45	31.25
Casado	99	68.75
Total	144	100.00



**Cuadro 4. Frecuencia de acuerdo al estado civil.**

**TABLA 5. FRECUENCIA DE ACUERDO AL TIEMPO  
TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD**

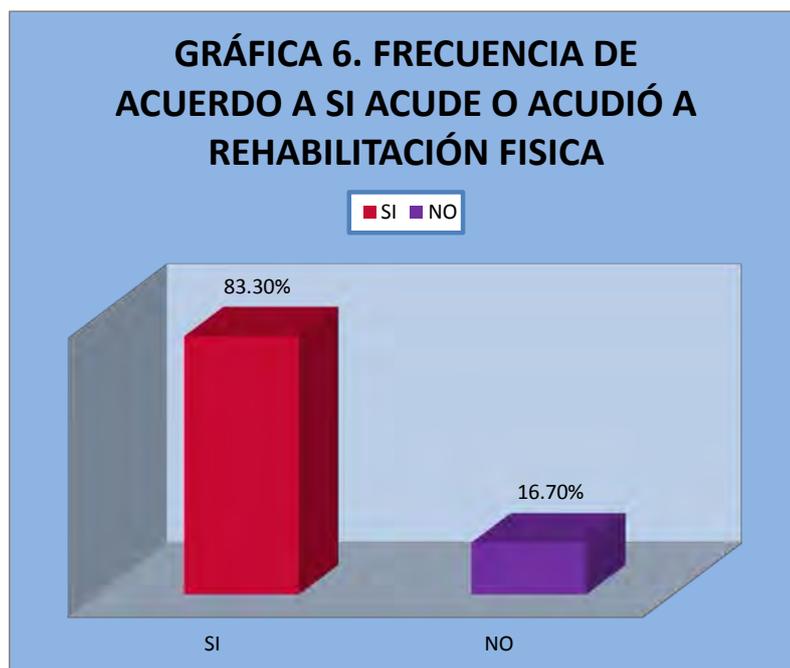
Tiempo transcurrido de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
6 meses a 2 años	15	10.40
2 a 4 años	34	23.60
4 a 6 años	43	29.90
6 a 8 años	36	25.00
Más de 8 años	16	11.10
Total	144	100.00



**Cuadro 5. Frecuencia de acuerdo al tiempo transcurrido de la enfermedad.**

**TABLA 6. FRECUENCIA DE ACUERDO A SI ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACION FÍSICA**

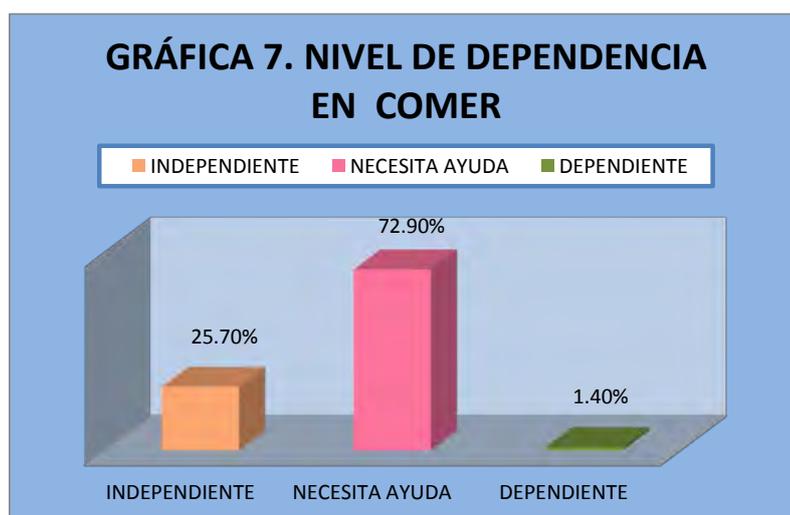
Acude o acudió a Rehabilitación Física	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	120	83.30
No	24	16.70
Total	144	100.00



**Cuadro 6. Frecuencia de acuerdo a si acude o acudió a Rehabilitación Física.**

**TABLA 7. NIVEL DE DEPENDENCIA EN COMER**

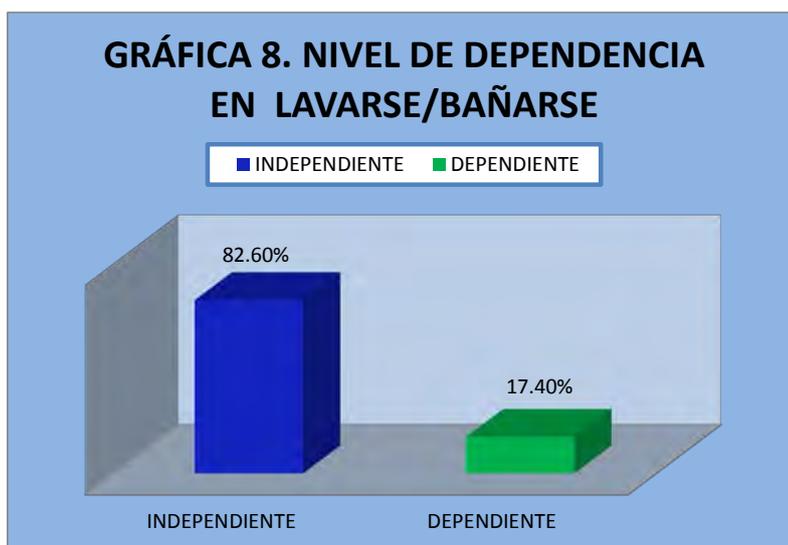
Comer		
Nivel de dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente	37	25.70
Necesita ayuda	105	72.90
Dependiente	2	1.40
Total	144	100.00



**Cuadro 7. Nivel de dependencia en comer.**

**TABLA 8. NIVEL DE DEPENDENCIA EN LAVARSE/BAÑARSE**

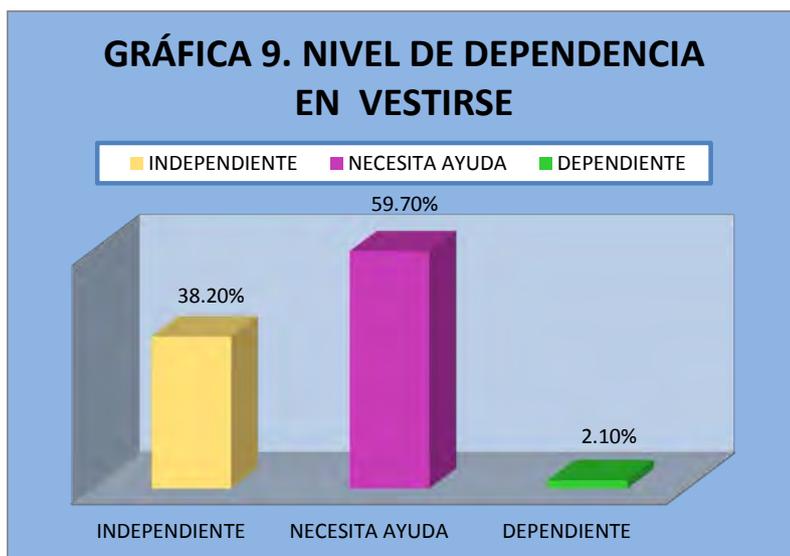
	Lavarse/Bañarse	
Nivel de dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente	119	82.60
Dependiente	25	17.40
Total	144	100.00



**Cuadro 8. Nivel de dependencia en lavarse / bañarse.**

**TABLA 9. NIVEL DE DEPENDENCIA EN VESTIRSE**

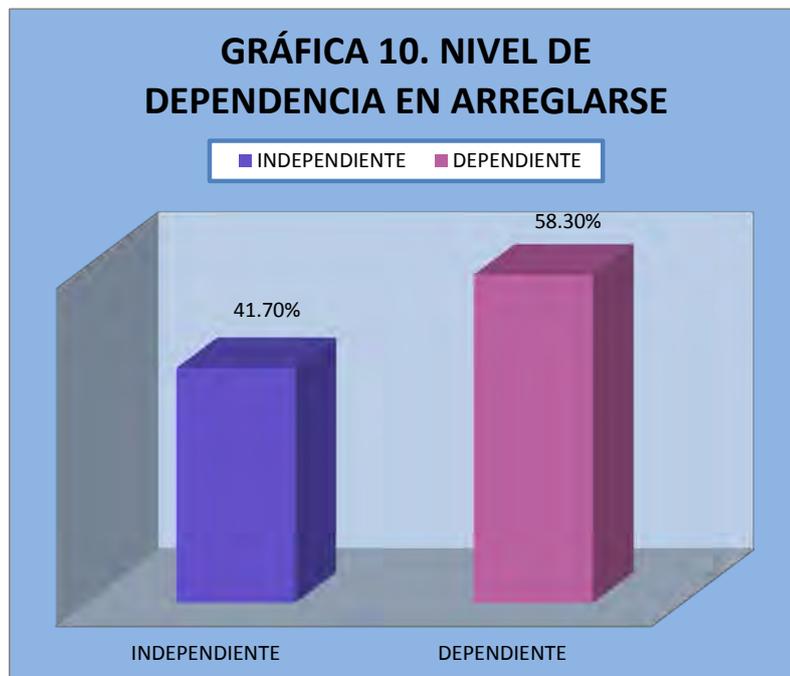
Vestirse		
Nivel de dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente	55	38.20
Necesita ayuda	86	59.70
Dependiente	3	2.10
Total	144	100.00



**Cuadro 9. Nivel de dependencia en vestirse.**

**TABLA 10. NIVEL DE DEPENDENCIA EN ARREGLARSE**

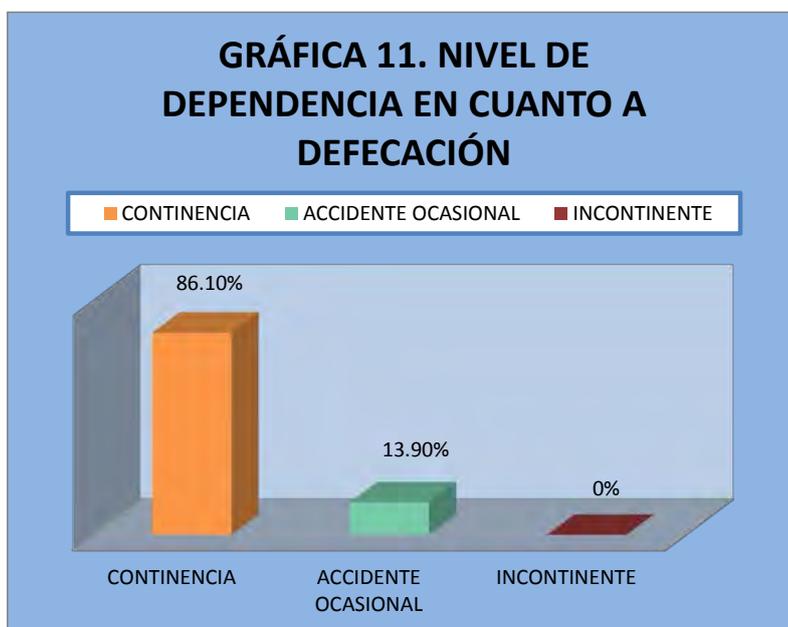
	Arreglarse	
Nivel de dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente	60	41.70
Dependiente	84	58.30
Total	144	100.00



**Cuadro 10. Nivel de dependencia en arreglarse.**

**TABLA 11. NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUANTO A DEFECACIÓN**

Nivel de dependencia (Situación del paciente)	Defecación	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Continente	124	86.10
Accidente ocasional	20	13.90
Total	144	100.00



**Cuadro 11. Nivel de dependencia en cuanto a defecación.**

**TABLA 12. NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUANTO A MICCIÓN**

Nivel de dependencia (Situación del paciente)	Micción	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Continente	107	74.30
Accidente ocasional	37	25.70
Total	144	100.00



**Cuadro 12. Nivel de dependencia en cuanto a micción.**

**TABLA 13. NIVEL DE DEPENDENCIA EN IR AL RETRETE**

Nivel de dependencia	Ir al retrete	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente	12	77.80
Necesita ayuda	29	20.10
Dependiente	3	2.10
Total	144	100.00



**Cuadro 13. Nivel de dependencia en ir al retrete.**

**TABLA 14. NIVEL DE DEPENDENCIA EN TRASLADARSE DE SILLA DE RUEDAS A CAMA**

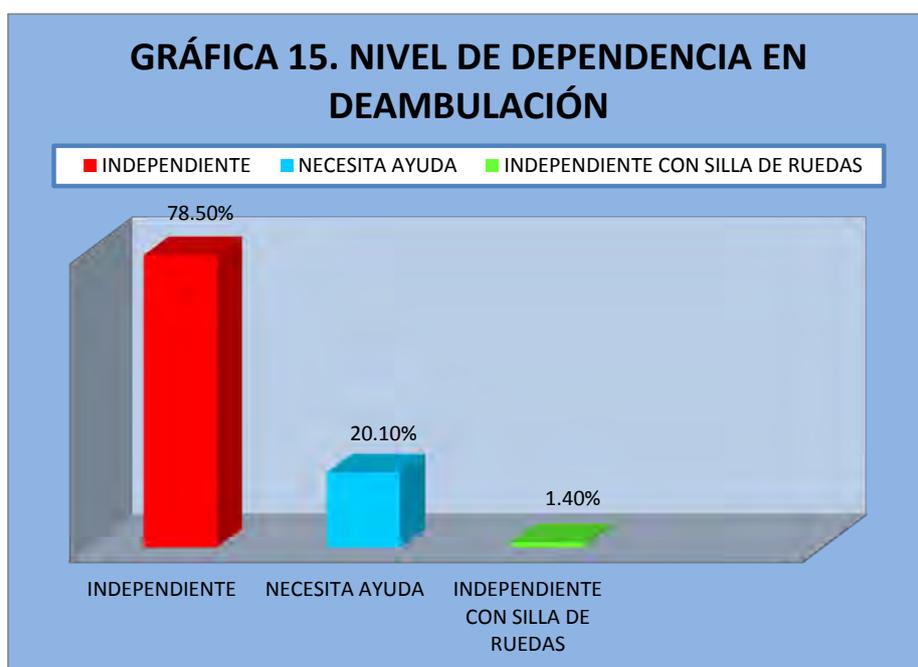
Trasladarse de silla de ruedas a cama		
Nivel de dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente	64	44.40
Mínima ayuda	70	48.60
Gran ayuda	10	6.90
Total	144	100.00



**Cuadro 14. Nivel de dependencia en trasladarse de silla de ruedas a cama.**

**TABLA 15. NIVEL DE DEPENDENCIA EN DEAMBULACIÓN**

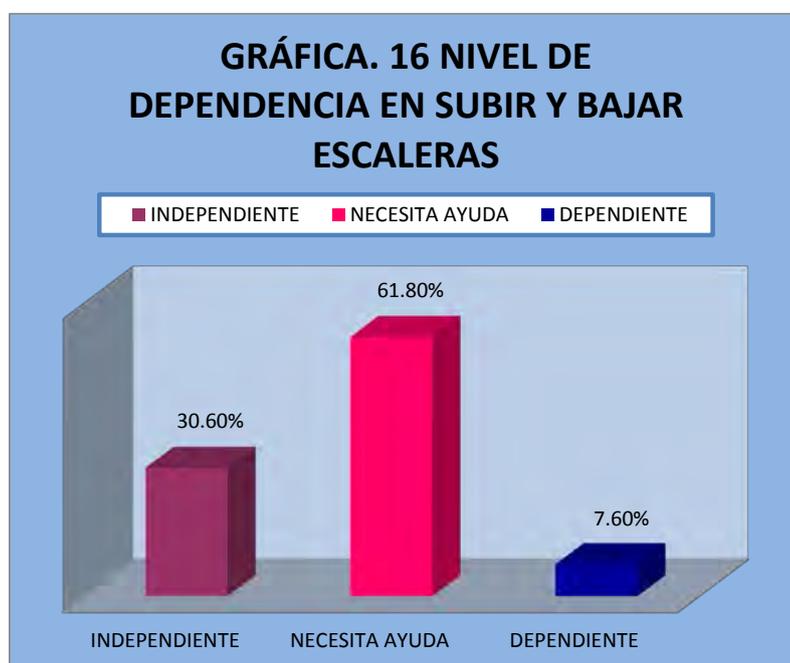
	Deambulaci3n	
Nivel de dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente	113	78.50
Necesita ayuda	29	20.10
Independiente con silla de ruedas	2	1.40
Total	144	100.00



**Cuadro 15. Nivel de dependencia en deambulaci3n.**

**TABLA 16. NIVEL DE DEPENDENCIA EN SUBIR Y BAJAR ESCALERAS**

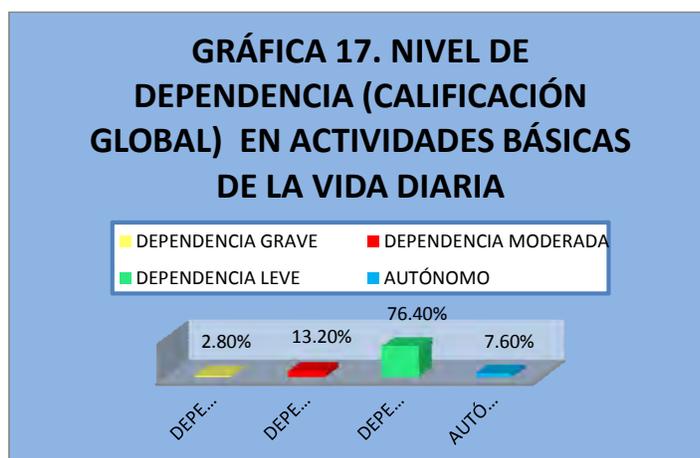
Deambulaci3n		
Nivel de dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Independiente	44	30.60
Necesita ayuda	89	61.80
Dependiente	11	7.60
Total	144	100.00



**Cuadro 16. Nivel de dependencia en subir y bajar escaleras.**

**TABLA 17. NIVEL DE DEPENDENCIA (CALIFICACIÓN GLOBAL) EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**

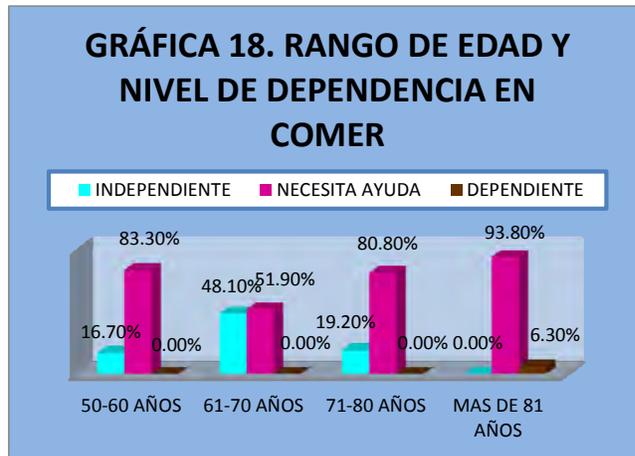
Nivel de dependencia (calificación global)	Actividades básicas de la vida diaria	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Dependencia grave	4	2.80
Dependencia moderada	19	13.20
Dependencia leve	110	76.40
Autónomo	11	7.60
Total	144	100.00



**Cuadro 17. Nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria (calificación global).**

**TABLA 18. RANGO DE EDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN COMER**

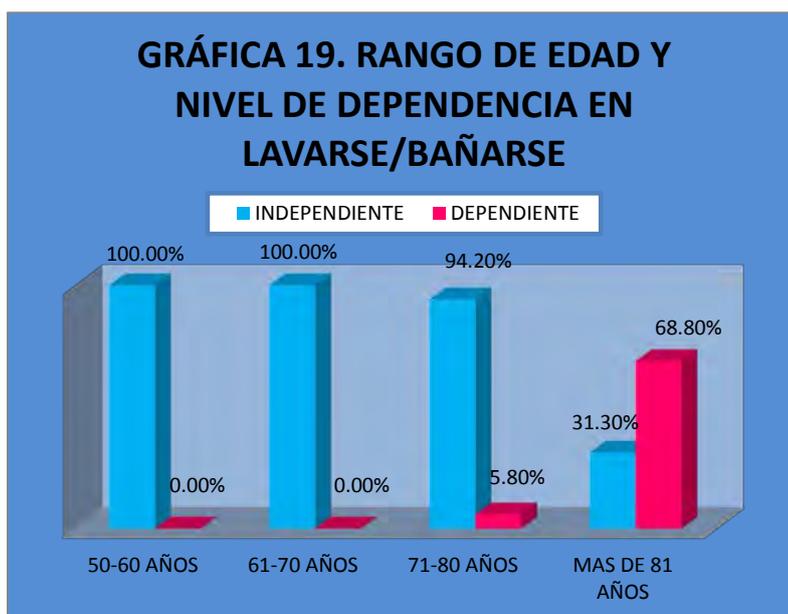
Rango de edad	Nivel de dependencia en comer						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
50 a 60 años	1	16.70	5	83.30	0	0.00%	6	100.00
61 a 70 años	26	48.10	28	51.90	0	0.00%	54	100.00
71 a 80 años	10	19.2	42	80.8	0	0.00%	52	100.00
Más de 81 años	0	0.00%	30	93.80	2	6.30	32	100.00



**Cuadro 18. Rango de edad y nivel de dependencia en comer.**

**TABLA 19. RANGO DE EDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN LAVARSE/BAÑARSE**

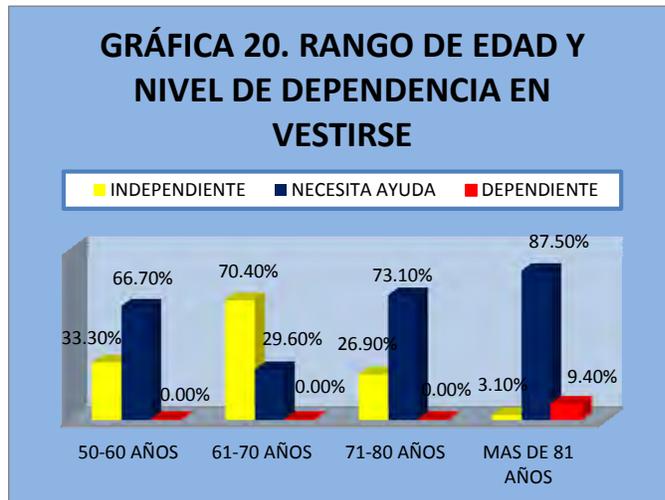
Rango de edad	Nivel de dependencia en lavarse/bañarse				Total	
	Independiente		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
50 a 60 años	6	100.00	0	0.00	6	100.00
61 a 70 años	54	100.00	0	0.00	54	100.00
71 a 80 años	49	94.20	3	5.80	52	100.00
Más de 81 años	10	31.30	22	68.80	32	100.00



**Cuadro 19. Rango de edad y nivel de dependencia en lavarse/bañarse.**

**TABLA 20. RANGO DE EDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN VESTIRSE**

Rango de edad	Nivel de dependencia en vestirse						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
50 a 60 años	2	33.3	4	66.70	0	0.00%	6	100.00
61 a 70 años	38	70.40	16	29.60	0	0.00%	54	100.00
71 a 80 años	14	26.90	38	73.10	0	0.00%	52	100.00
Más de 81 años	1	3.10	28	87.50	3	9.40	32	100.00



**Cuadro 20. Rango de edad y nivel de dependencia en vestirse.**

**TABLA 21. RANGO DE EDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN ARREGLARSE**

Rango de edad	Nivel de dependencia en arreglarse				Total	
	Independiente		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
50 a 60 años	3	50.00	3	50.00	6	100.00
61 a 70 años	37	68.50	17	31.50	54	100.00
71 a 80 años	16	30.80	36	69.20	52	100.00
Más de 81 años	4	12.50	28	87.50	32	100.00



**Cuadro 21. Rango de edad y nivel de dependencia en arreglarse.**

**TABLA 22. RANGO DE EDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUANTO A DEFECACIÓN**

Rango de edad	Nivel de dependencia en cuanto a defecación				Total	
	Continencia		Accidente ocasional			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
50 a 60 años	6	100.00	0	0.00%	6	100.00
61 a 70 años	54	100.00	0	0.00%	54	100.00
71 a 80 años	49	94.20	3	5.80	52	100.00
Más de 81 años	15	46.90	17	53.10	32	100.00



**Cuadro 22. Rango de edad y nivel de dependencia en cuanto a defecación.**

**TABLA 23. RANGO DE EDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUANTO A MICCIÓN**

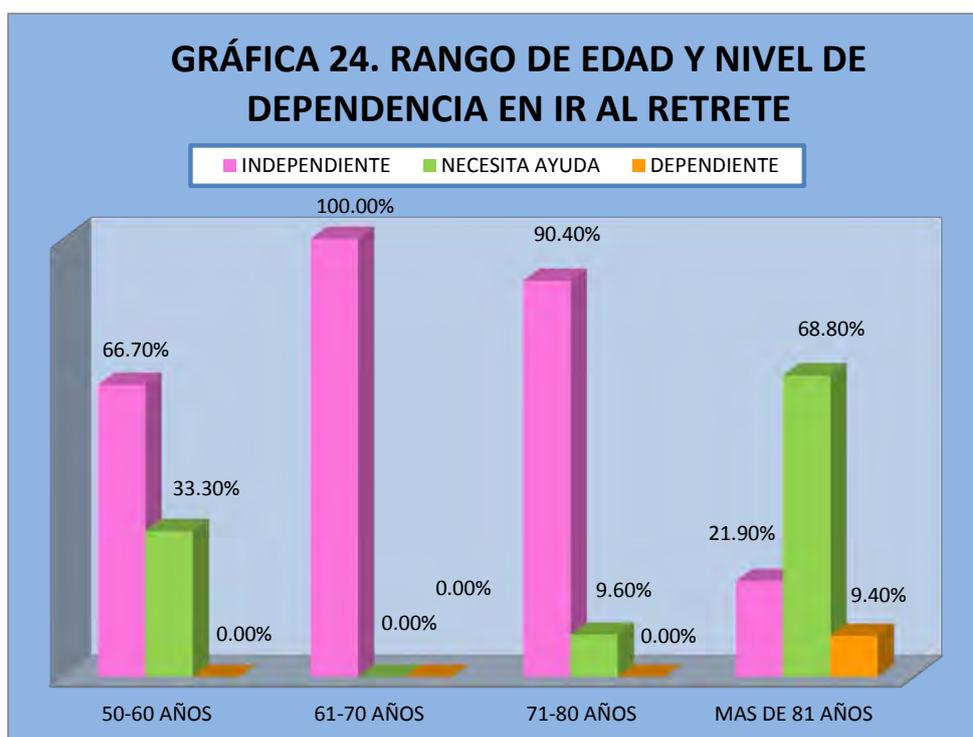
Rango de edad	Nivel de dependencia en cuanto a micción				Total	
	Continente		Accidente ocasional			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
50 a 60 años	6	100.00	0	0.00%	6	100.00
61 a 70 años	51	94.40	3	5.60%	54	100.00
71 a 80 años	41	78.80	11	21.20	52	100.00
Más de 81 años	9	28.10	23	71.90	32	100.00



**Cuadro 23. Rango de edad y nivel de dependencia en cuanto a micción.**

**TABLA 24. RANGO DE EDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN IR AL RETRETE**

Rango de edad	Nivel de dependencia en ir al retrete						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
50 a 60 años	4	66.70	2	33.30	0	0.00%	6	100.00
61 a 70 años	54	100.00	0	0.00	0	0.00	54	100.00
71 a 80 años	47	90.40	5	9.60	0	0.00	52	100.00
Más de 81 años	7	21.90	22	68.80	3	9.400	32	100.00



**Cuadro 24. Rango de edad y nivel de dependencia en ir al retrete.**

**TABLA 25. RANGO DE EDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN TRASLADO DE SILLA DE RUEDAS A CAMA**

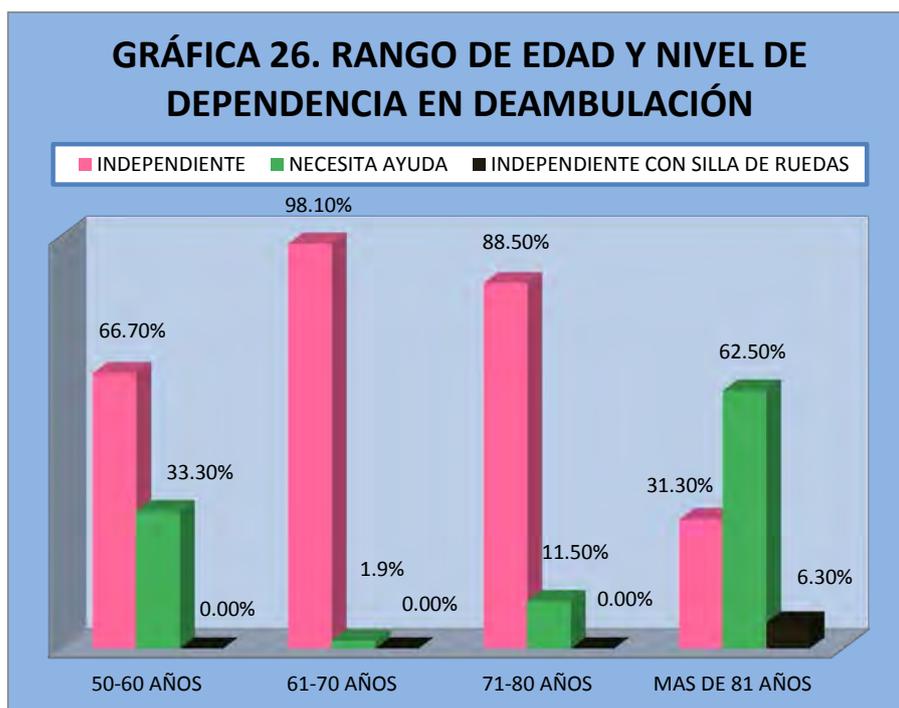
Rango de edad	Nivel de dependencia en traslado de silla de ruedas a cama						Total	
	Independiente		Mínima ayuda		Gran ayuda			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
50 a 60 años	3	50.00	3	50.00	0	0.00%	6	100.00
61 a 70 años	41	75.90	13	24.10	0	0.00	54	100.00
71 a 80 años	19	36.50	32	61.50	1	1.90	52	100.00
Más de 81 años	1	3.10	22	68.80	3	28.10	32	100.00



**Cuadro 25. Rango de edad y nivel de dependencia en traslado de silla de ruedas a cama.**

**TABLA 26. RANGO DE EDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN DEAMBULACIÓN**

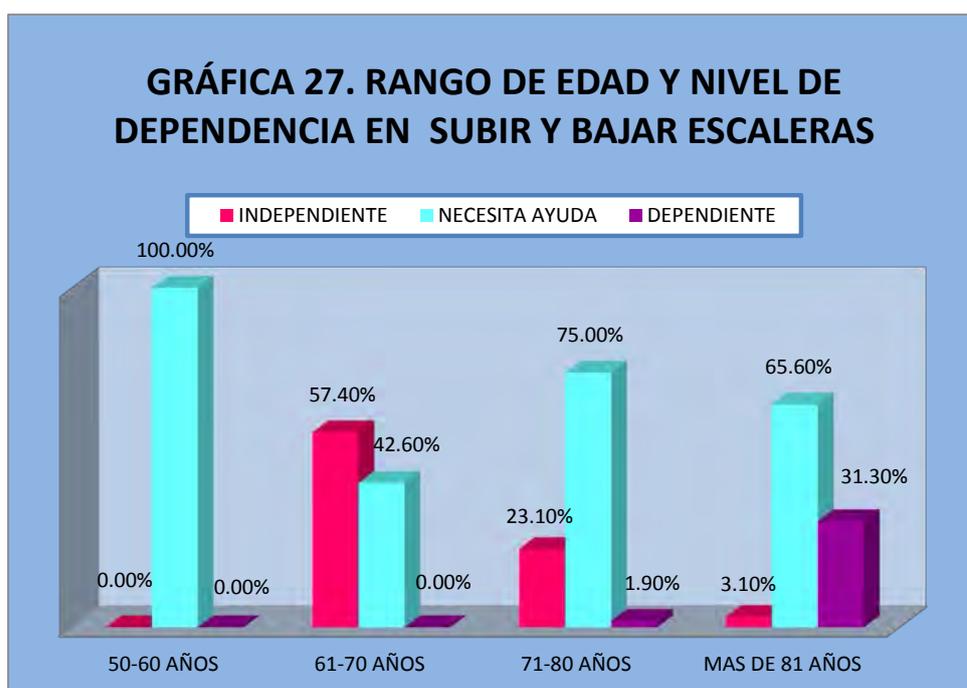
Rango de edad	Nivel de dependencia en deambulaci3n						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Independiente con silla de ruedas			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
50 a 60 a1os	4	66.70	2	33.30	0	0.00%	6	100.00
61 a 70 a1os	53	98.10	1	1.90	0	0.00	54	100.00
71 a 80 a1os	46	88.50	6	11.50	0	0.00	52	100.00
M1s de 81 a1os	10	31.30	20	62.50	2	6.30	32	100.00



**Cuadro 26. Rango de edad y nivel de dependencia en deambulaci3n.**

**TABLA 27. RANGO DE EDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN SUBIR Y BAJAR ESCALERAS**

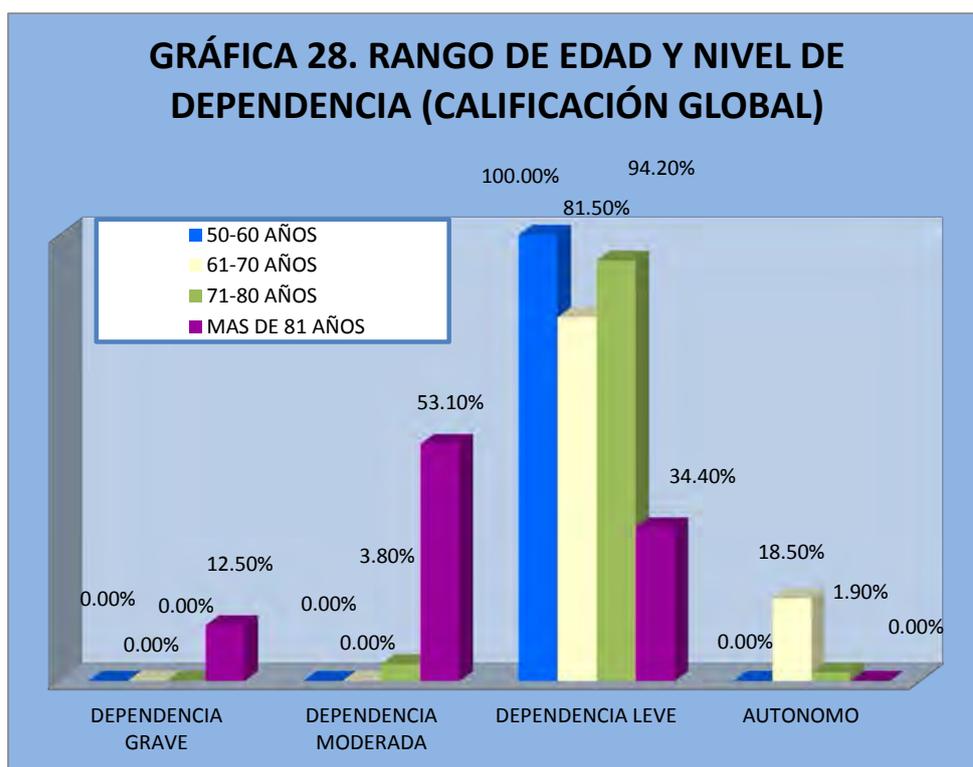
Rango de edad	Nivel de dependencia en subir y bajar escaleras						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
50 a 60 años	0	0.00	6	100.00	0	0.00%	6	100.00
61 a 70 años	31	57.40	23	42.60	0	0.00	54	100.00
71 a 80 años	12	23.10	39	75.00	1	1.90	52	100.00
Más de 81 años	1	3.10	21	65.60	10	31.30	32	100.00



**Cuadro 27. Rango de edad y nivel de dependencia en subir y bajar escaleras.**

**TABLA 28. RANGO DE EDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA  
(CALIFICACIÓN GLOBAL)**

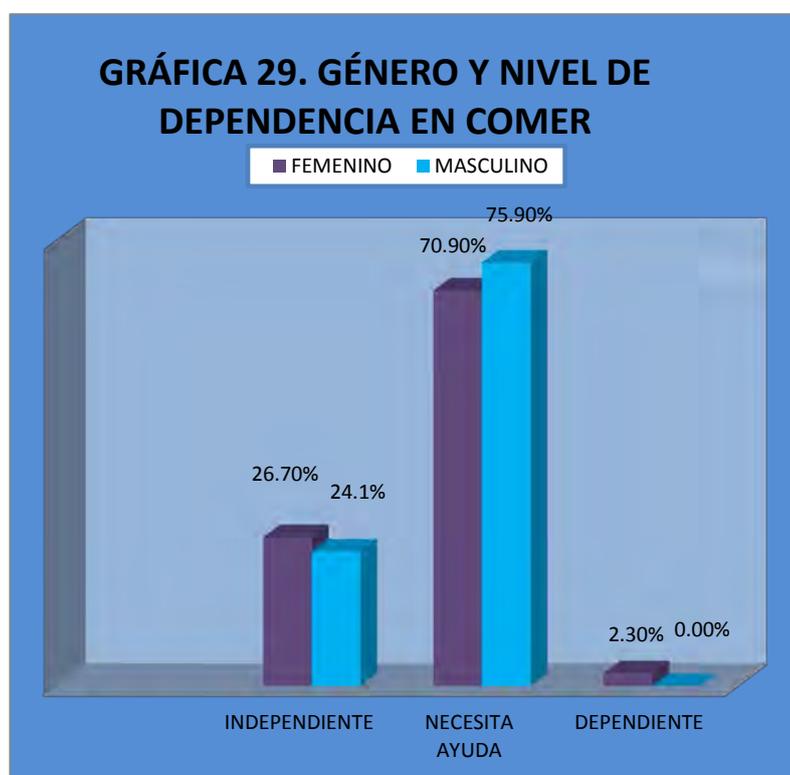
Rango de edad	Nivel de dependencia (calificación global)								Total	
	Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve		Autónomo			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
50 a 60 años	0	0.00	0	00.00	6	100.00	0	0.00	6	100.00
61 a 70 años	0	0.00	0	00.00	44	81.50	10	18.50	54	100.00
71 a 80 años	0	0.00	2	3.80	49	94.20	1	1.90	52	100.00
Más de 81 años	4	12.50	17	53.10	11	34.40	0	0.00	32	100.00



**Cuadro 28. Rango de edad y nivel de dependencia (calificación global).**

**TABLA 29. GÉNERO Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN COMER**

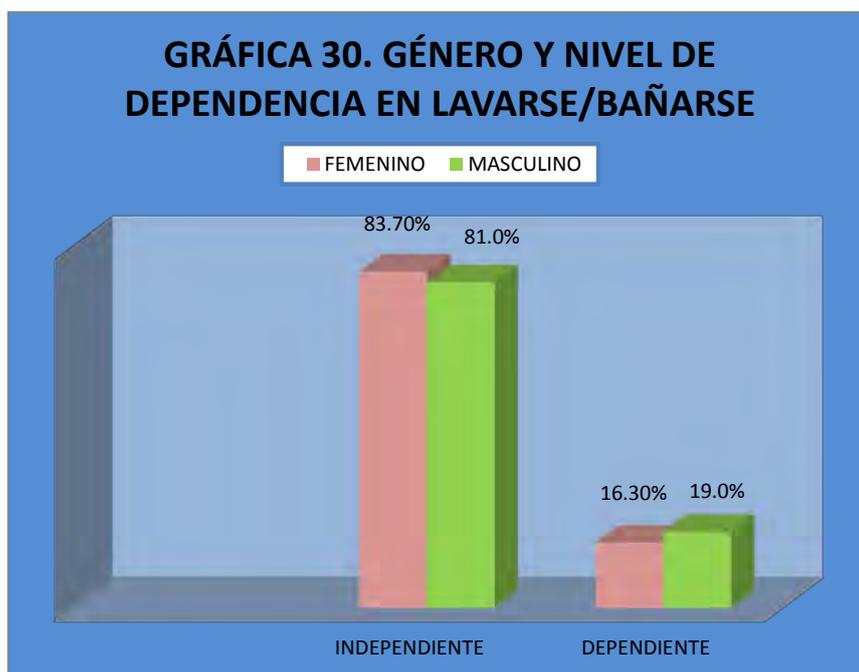
Género	Nivel de dependencia en comer						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	23	26.70	61	70.90	2	2.30	86	100.00
Masculino	14	24.10	44	75.90	0	0.00	58	100.00



**Cuadro 29. Género y nivel de dependencia en comer**

**TABLA 30. GÉNERO Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN LAVARSE/BAÑARSE**

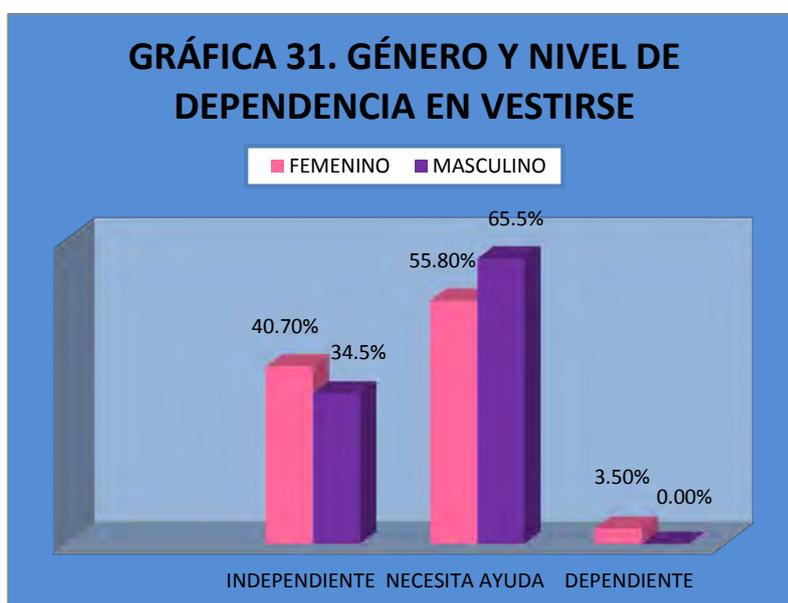
Género	Nivel de dependencia en lavarse/bañarse				Total	
	Independiente		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	72	83.70	14	16.30	86	100.00
Masculino	47	81.00	11	19.00	58	100.00



**Cuadro 30. Género y nivel de dependencia en lavarse/bañarse**

**TABLA. 31. GÉNERO Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN VESTIRSE**

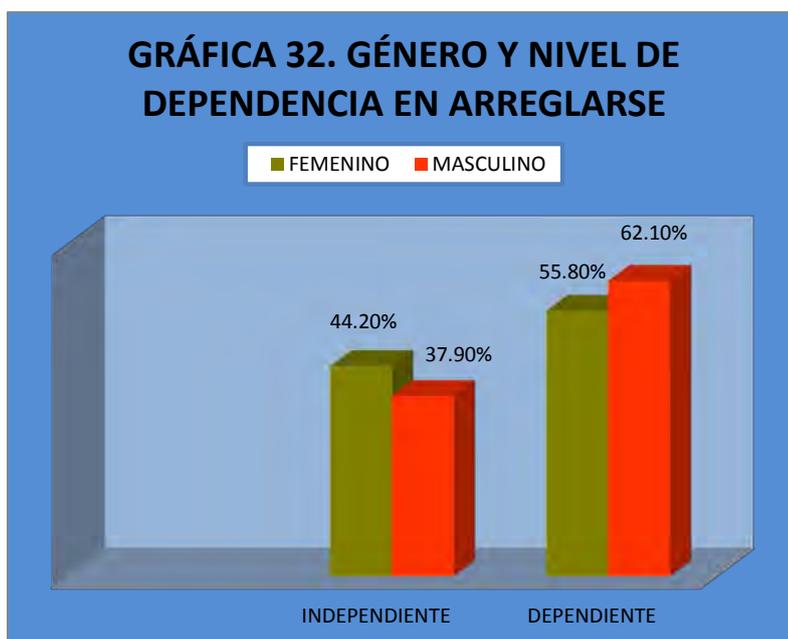
Género	Nivel de dependencia en vestirse						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	35	40.70	48	55.80	3	3.50	86	100.00
Masculino	20	34.50	38	65.50	0	0.00	58	100.00



**Cuadro 31. Género y nivel de dependencia en vestirse**

**TABLA 32. GÉNERO Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN ARREGLARSE**

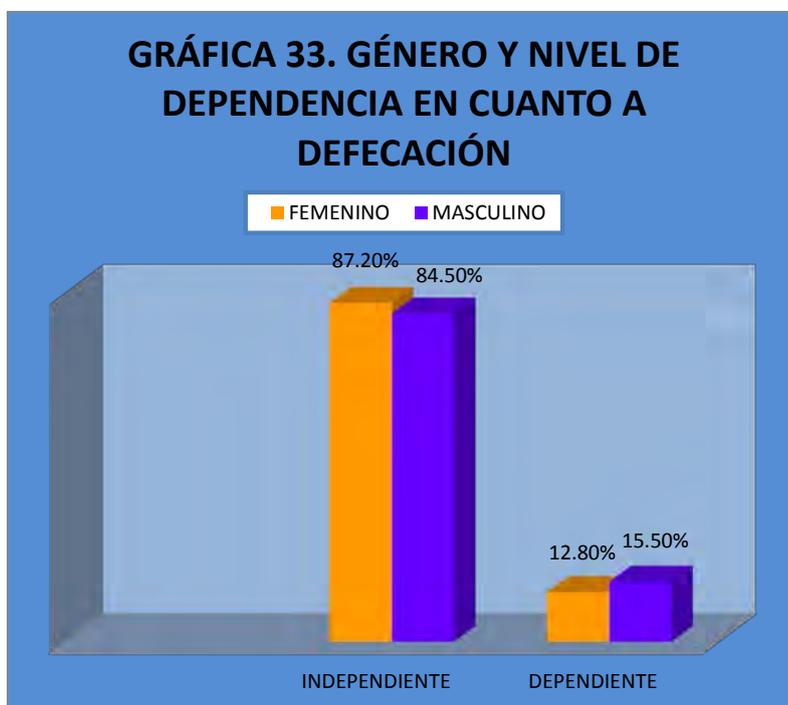
Género	Nivel de dependencia en arreglarse				Total	
	Independiente		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	38	44.20	48	55.80	86	100.00
Masculino	22	37.90	36	62.10	58	100.00



**Cuadro 32. Género y nivel de dependencia en arreglarse**

**TABLA 33. GÉNERO Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUANTO A DEFECACIÓN**

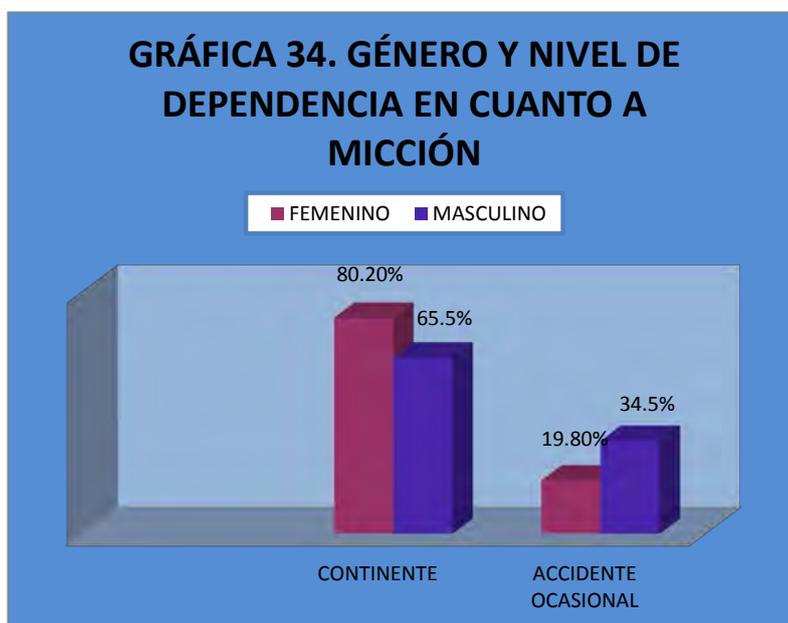
Género	Nivel de dependencia en cuanto a defecación				Total	
	Continencia		Accidente ocasional			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	75	87.20	11	12.80	86	100.00
Masculino	49	84.50	9	15.50	58	100.00



**Cuadro 33. Género y nivel de dependencia en cuanto a defecación.**

**TABLA 34. GÉNERO Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUANTO A MICCIÓN**

Género	Nivel de dependencia en cuanto a micción				Total	
	Continente		Accidente ocasional			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	69	80.20	17	19.80	86	100.00
Masculino	38	65.50	20	34.50	58	100.00



**Cuadro 34. Género y nivel de dependencia en cuanto a micción.**

**TABLA 35. GÉNERO Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN IR AL RETRETE**

Género	Nivel de dependencia en ir al retrete						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	67	77.90	17	19.80	2	2.30	86	100.00
Masculino	45	77.60	12	20.70	1	1.70	58	100.00



**Cuadro 35. Género y nivel de dependencia en ir al retrete.**

**TABLA 36. GÉNERO Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN TRASLADO DE SILLA DE RUEDAS A CAMA**

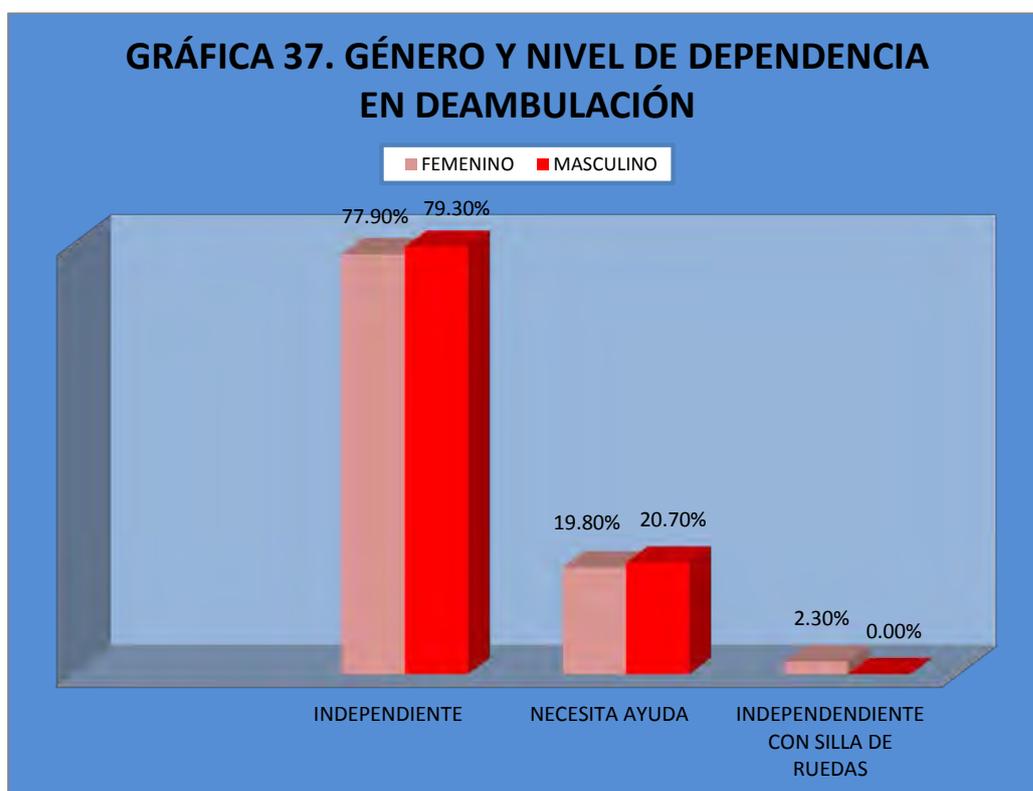
Género	Nivel de dependencia en traslado de silla de ruedas a cama						Total	
	Independiente		Mínima ayuda		Gran ayuda			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	42	48.80	37	43.00	7	8.10	86	100.00
Masculino	22	37.90	33	56.90	3	5.20	58	100.00



**Cuadro 36. Género y nivel de dependencia en traslado de silla de ruedas a cama.**

**TABLA 37. GÉNERO Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN DEAMBULACIÓN**

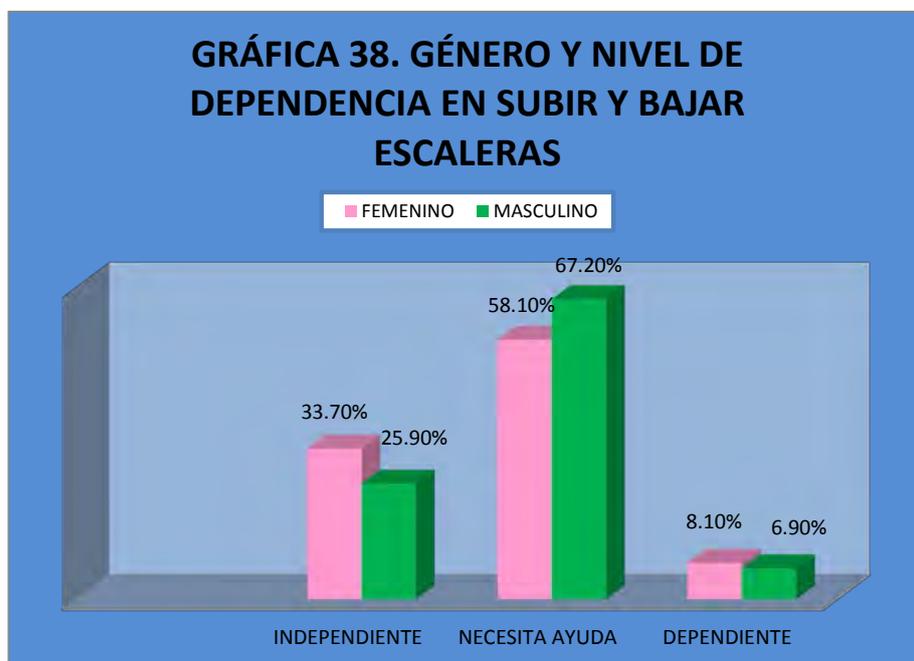
Género	Nivel de dependencia en deambulaci3n						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Independiente con silla de ruedas			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	67	77.90	17	19.80	2	2.30	86	100.00
Masculino	46	79.30	12	20.70	0	0.00	58	100.00



**Cuadro 37. Género y nivel de dependencia en deambulaci3n.**

**TABLA 38. GÉNERO Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN SUBIR Y BAJAR ESCALERAS**

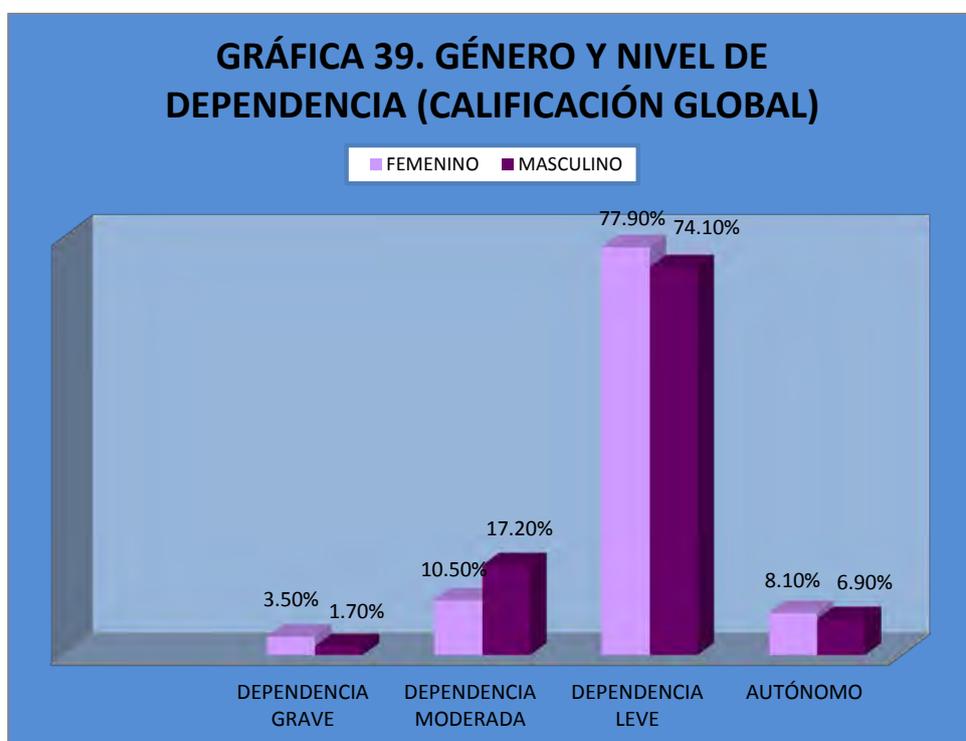
Género	Nivel de dependencia en subir y bajar escaleras						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Independiente con silla de ruedas			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	29	33.70	50	58.10	7	8.10	86	100.00
Masculino	15	25.90	39	67.20	4	6.90	58	100.00



**Cuadro 38. Género y nivel de dependencia en subir y bajar escaleras.**

**TABLA 39. GÉNERO Y NIVEL DE DEPENDENCIA  
(CALIFICACIÓN GLOBAL)**

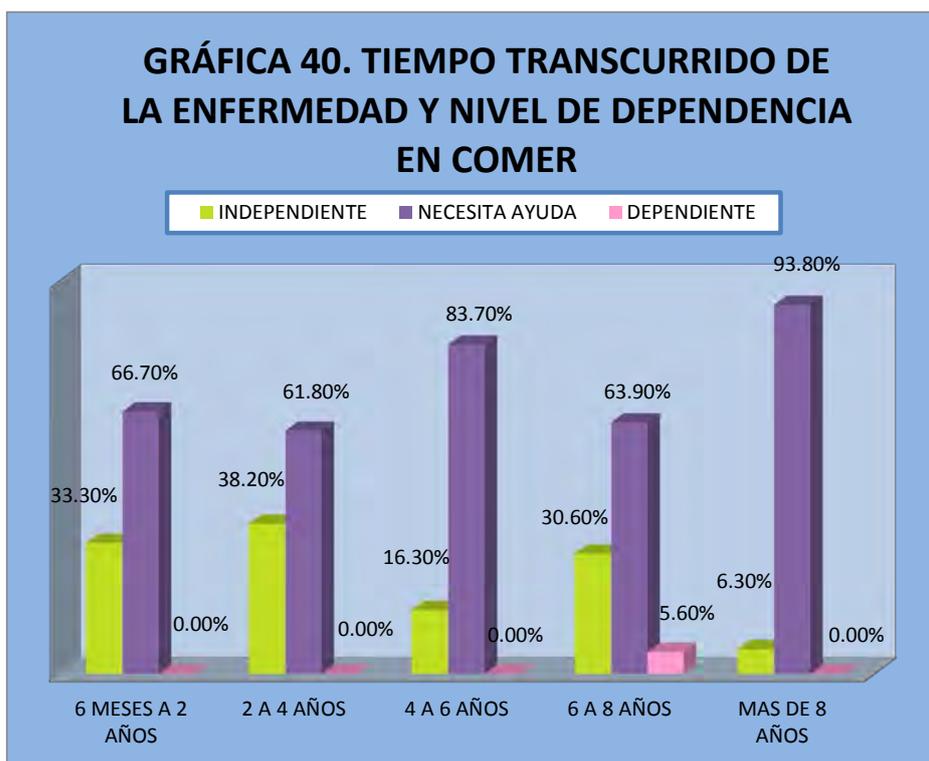
Género	Nivel de dependencia (calificación global)								Total	
	Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve		Autónomo			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	3	3.50	9	10.50	67	77.90	7	8.10	86	100.00
Masculino	1	1.70	10	17.20	43	74.10	4	6.90	58	100.00



**Cuadro 39. Género y nivel de dependencia (calificación global).**

**TABLA 40. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN COMER**

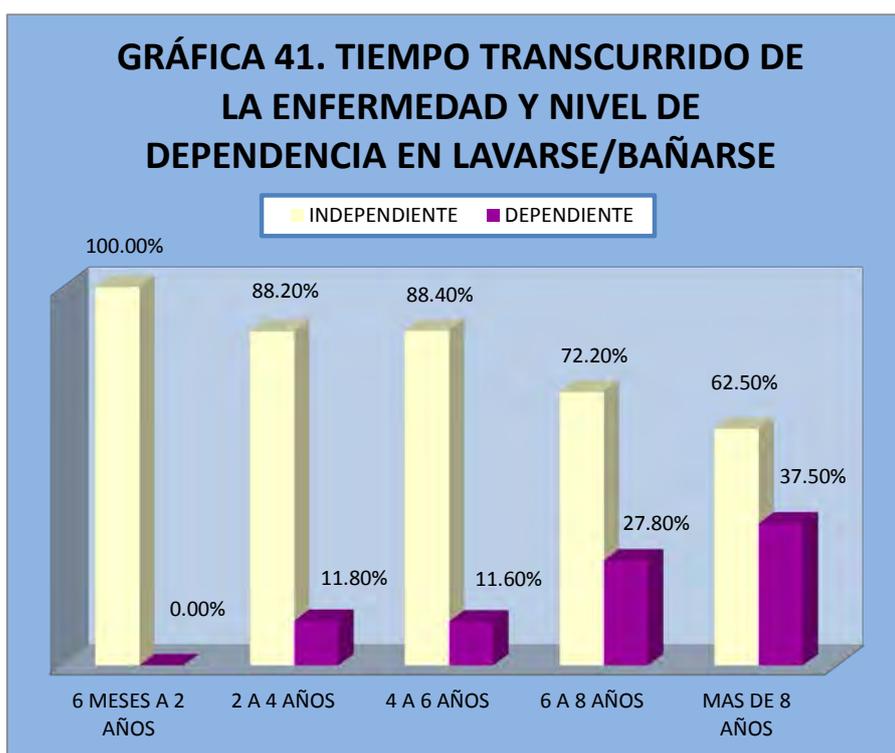
Tiempo transcurrido de la enfermedad	Nivel de dependencia en comer						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
6 meses a 2 años	5	33.30	10	66.70	0	0.00	15	100.00
2 a 4 años	13	38.20	21	61.80	0	0.00	34	100.00
4 a 6 años	7	16.30	36	83.70	0	0.00	43	100.00
6 a 8 años	11	30.60	23	63.90	2	5.60	36	100.00
Más de 8 años	1	6.30	15	93.80	0	0.00	16	100.00



**Cuadro 40. Tiempo transcurrido de la enfermedad y nivel de dependencia en comer.**

**TABLA 41. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN LAVARSE/BAÑARSE**

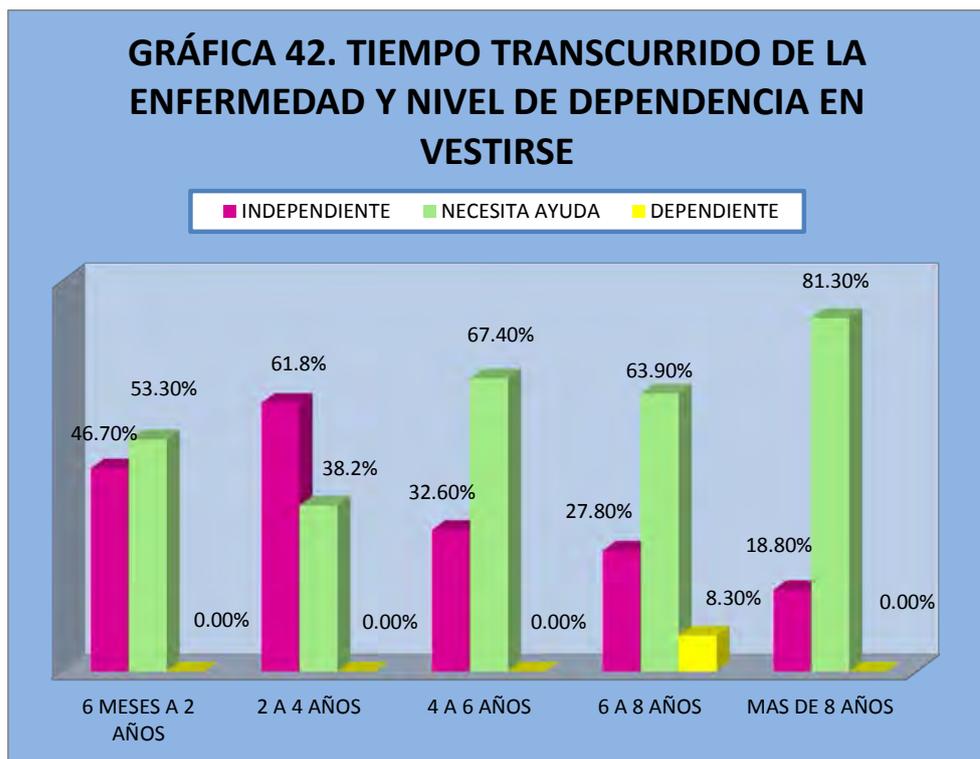
Tiempo transcurrido de la enfermedad	Nivel de dependencia en lavarse/bañarse				Total	
	Independiente		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
6 meses a 2 años	15	100.00	0	0.00	15	100.00
2 a 4 años	30	88.20	4	11.80	34	100.00
4 a 6 años	38	88.40	5	11.60	43	100.00
6 a 8 años	26	72.20	10	27.80	36	100.00
Más de 8 años	10	62.50	6	37.50	16	100.00



**Cuadro 41. Tiempo transcurrido de la enfermedad y nivel de dependencia en lavarse/bañarse**

**TABLA 42. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN VESTIRSE**

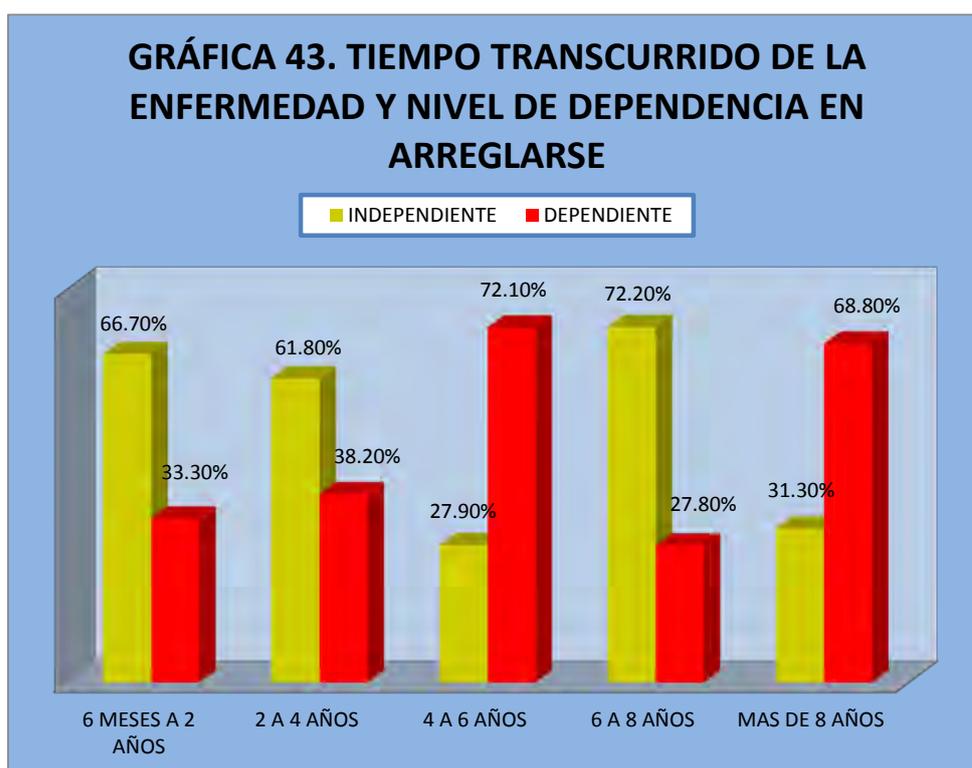
Tiempo transcurrido de la enfermedad	Nivel de dependencia en vestirse						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
6 meses a 2 años	7	46.70	8	53.30	0	0.00	15	100.00
2 a 4 años	21	61.80	13	38.20	0	0.00	34	100.00
4 a 6 años	14	32.60	29	67.40	0	0.00	43	100.00
6 a 8 años	10	27.80	23	63.90	3	8.30	36	100.00
Más de 8 años	3	18.80	13	81.30	0	0.00	16	100.00



**Cuadro 42. Tiempo transcurrido de la enfermedad y nivel de dependencia en vestirse.**

**TABLA 43. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN ARREGLARSE**

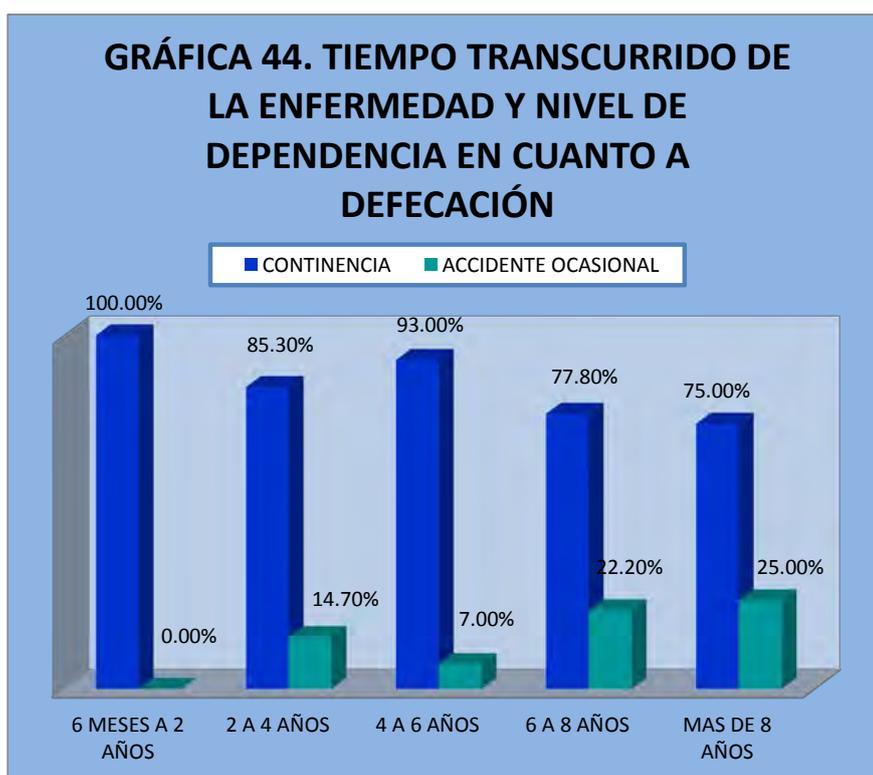
Tiempo transcurrido de la enfermedad	Nivel de dependencia en arreglarse				Total	
	Independiente		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
6 meses a 2 años	10	66.70	5	33.30	15	100.00
2 a 4 años	21	61.80	13	38.20	34	100.00
4 a 6 años	12	27.90	31	72.10	43	100.00
6 a 8 años	5	72.20	24	27.80	36	100.00
Más de 8 años	60	31.30	11	68.80	16	100.00



**Cuadro 43. Tiempo transcurrido de la enfermedad y nivel de dependencia en arreglarse.**

**TABLA 44. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUANTO A DEFECACIÓN**

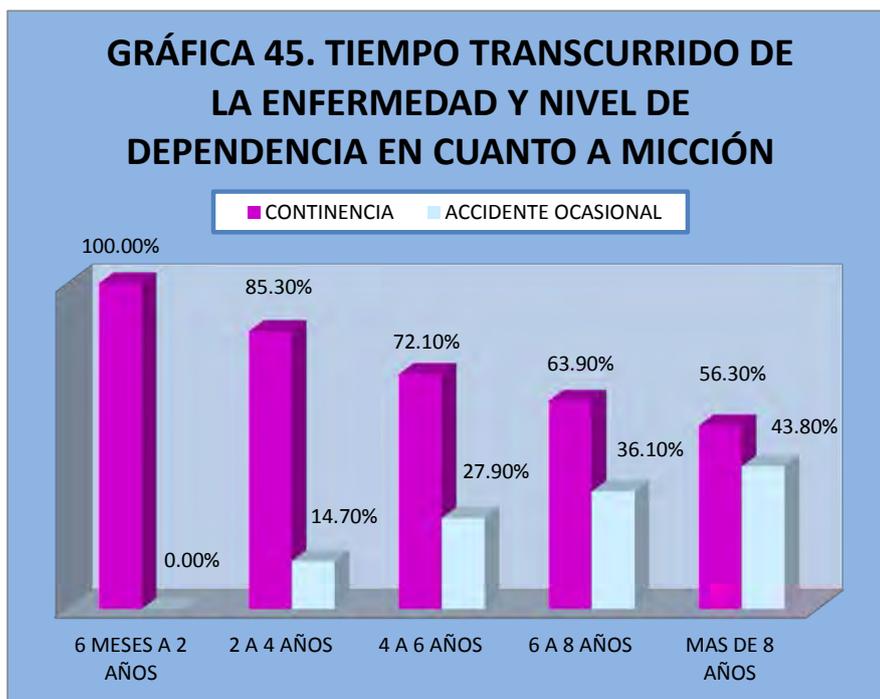
Tiempo transcurrido de la enfermedad	Nivel de dependencia en cuanto a defecación				Total	
	Continencia		Accidente ocasional			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
6 meses a 2 años	15	100.00	0	0.00	15	100.00
2 a 4 años	29	85.30	5	14.70	34	100.00
4 a 6 años	40	93.00	3	7.00	43	100.00
6 a 8 años	28	77.80	8	22.20	36	100.00
Más de 8 años	12	75.00	4	25.00	16	100.00



**Cuadro 44. Tiempo transcurrido de la enfermedad y nivel de dependencia en cuanto a defecación.**

**TABLA 45. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUANTO A MICCIÓN**

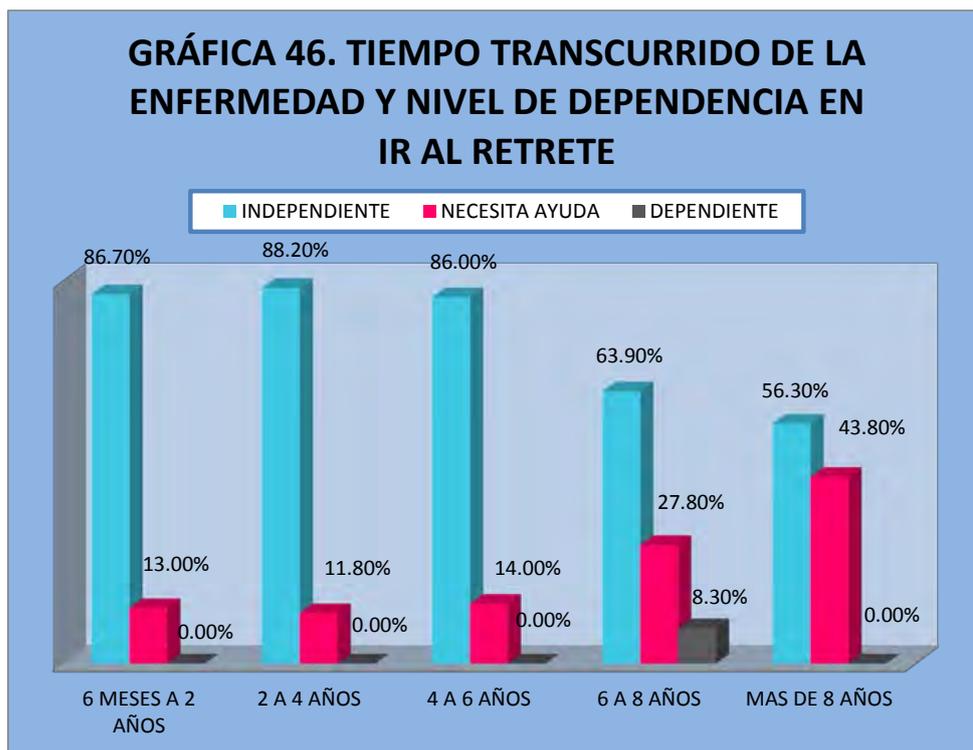
Tiempo transcurrido de la enfermedad	Nivel de dependencia en cuanto a micción				Total	
	Continencia		Accidente ocasional			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
6 meses a 2 años	15	100.00	0	0.00	15	100.00
2 a 4 años	29	85.30	5	14.70	34	100.00
4 a 6 años	31	72.10	12	27.90	43	100.00
6 a 8 años	23	63.90	13	36.10	36	100.00
Más de 8 años	9	56.30	7	43.80	16	100.00



**Cuadro 45. Tiempo transcurrido de la enfermedad y nivel de dependencia en cuanto a micción.**

**TABLA 46. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN IR AL RETRETE**

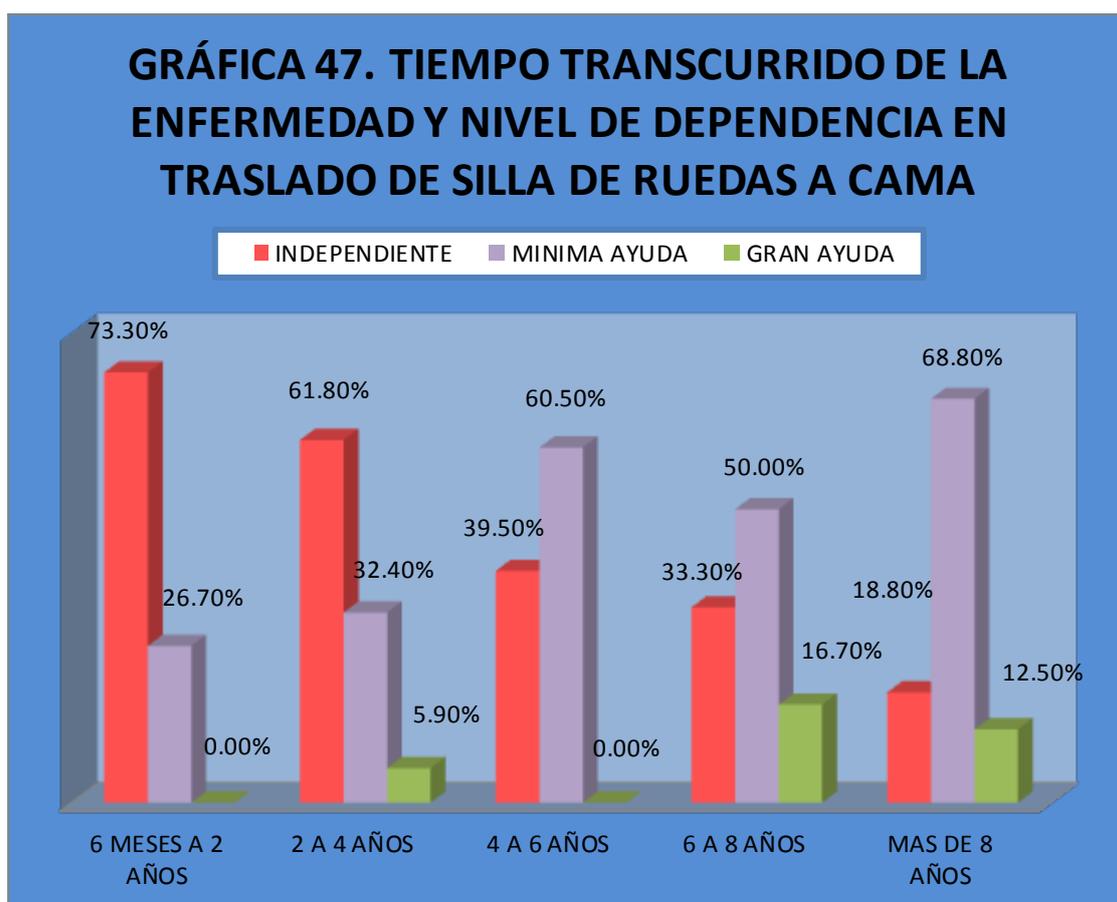
Tiempo transcurrido de la enfermedad	Nivel de dependencia en ir al retrete						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
6 meses a 2 años	13	86.70	2	13.00	0	0.00	15	100.00
2 a 4 años	30	88.20	4	11.80	0	0.00	34	100.00
4 a 6 años	37	86.00	6	14.00	0	0.00	43	100.00
6 a 8 años	23	63.90	10	27.80	3	8.30	36	100.00
Más de 8 años	9	56.30	7	43.80	0	0.00	16	100.00



**Cuadro 46. Tiempo transcurrido de la enfermedad y nivel de dependencia en ir al retrete.**

**TABLA 47. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN TRASLADO DE SILLA DE RUEDAS A CAMA**

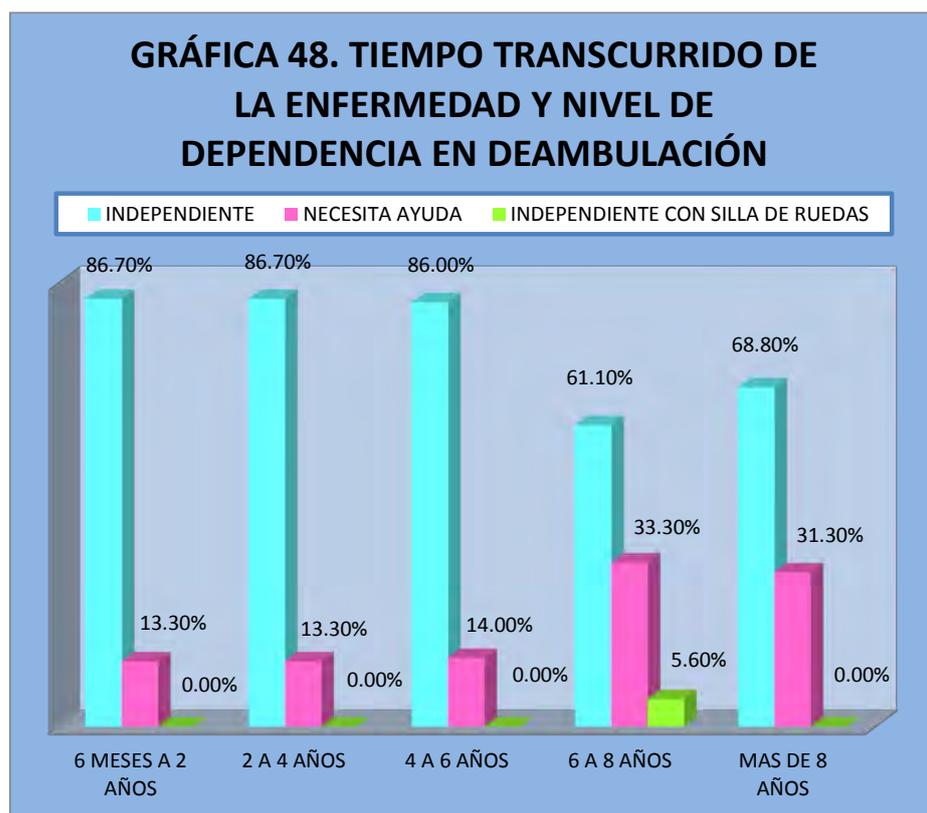
Tiempo transcurrido de la enfermedad	Nivel de dependencia en traslado de silla de ruedas a cama						Total	
	Independiente		Mínima ayuda		Gran ayuda			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
6 meses a 2 años	11	73.30	4	26.70	0	0.00	15	100.00
2 a 4 años	21	61.80	11	32.40	2	5.90	34	100.00
4 a 6 años	17	39.50	26	60.50	0	0.00	43	100.00
6 a 8 años	12	33.30	18	50.00	6	16.70	36	100.00
Más de 8 años	3	18.80	11	68.80	2	12.50	16	100.00



**Cuadro 47. Tiempo transcurrido de la enfermedad y nivel de dependencia en traslado de silla de ruedas a cama.**

**TABLA 48. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN DEAMBULACIÓN**

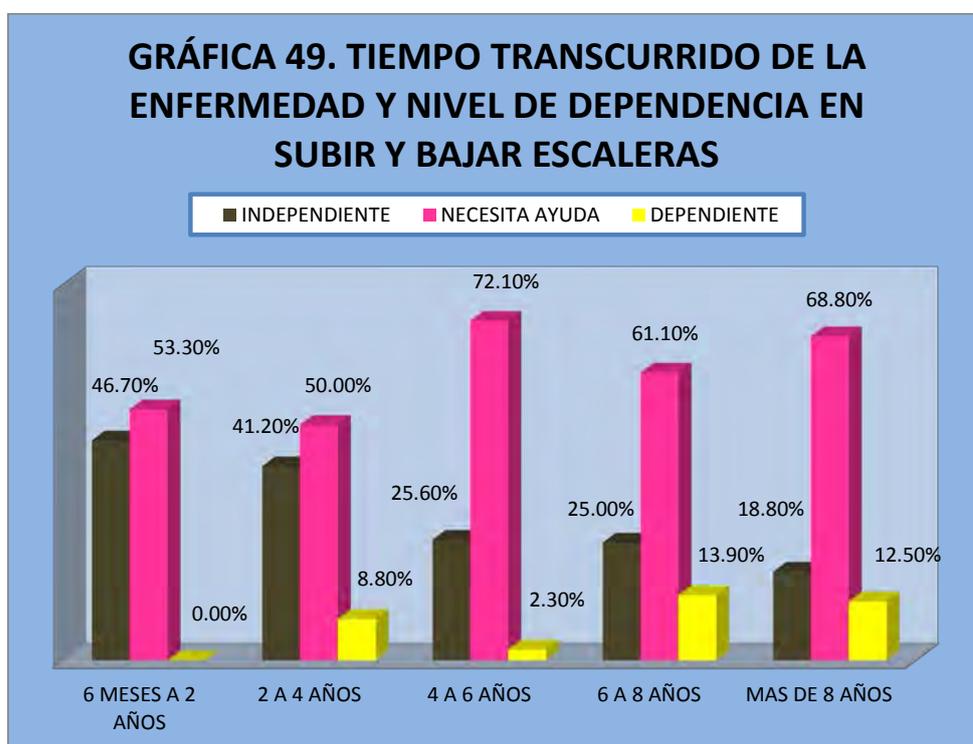
Tiempo transcurrido de la enfermedad	Nivel de dependencia en deambulaci3n						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Independiente con silla de ruedas			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
6 meses a 2 a1os	13	86.70	2	13.30	0	0.00	15	100.00
2 a 4 a1os	30	86.70	4	13.30	0	0.00	34	100.00
4 a 6 a1os	37	86.00	6	14.00	0	0.00	43	100.00
6 a 8 a1os	22	61.10	12	33.30	2	5.60	36	100.00
M1s de 8 a1os	11	68.80	5	31.30	0	0.00	16	100.00



**Cuadro 48. Tiempo transcurrido de la enfermedad y nivel de dependencia en deambulaci3n.**

**TABLA 49. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN SUBIR Y BAJAR ESCALERAS**

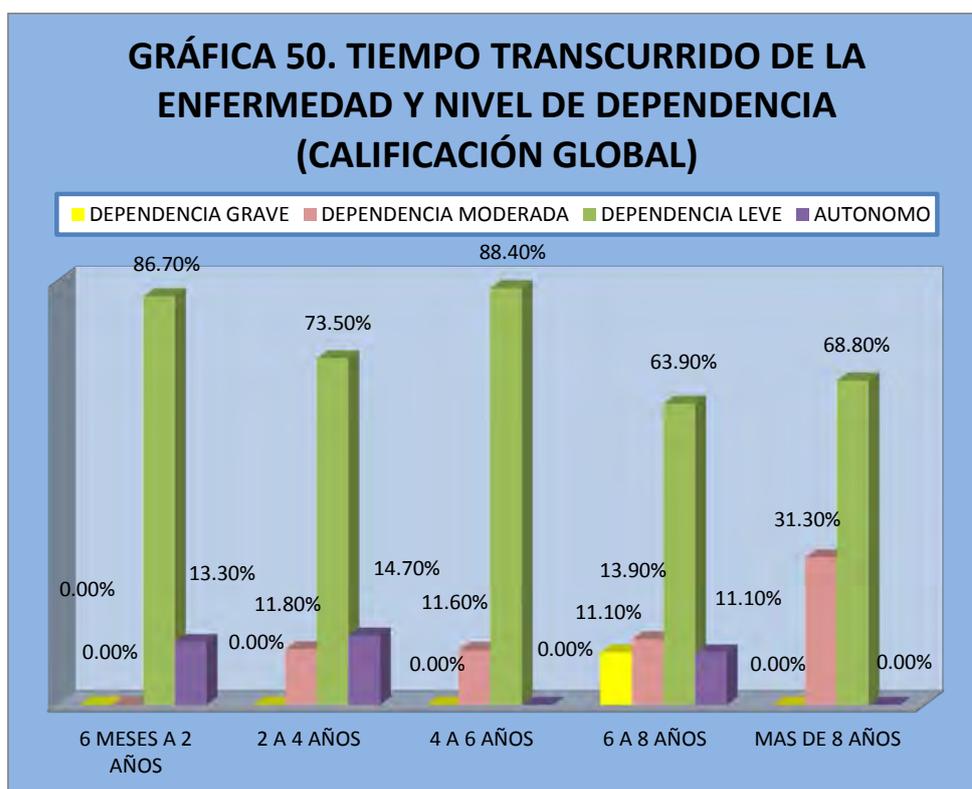
Tiempo transcurrido de la enfermedad	Nivel de dependencia en subir y bajar escaleras						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
6 meses a 2 años	7	46.70	8	53.30	0	0.00	15	100.00
2 a 4 años	14	41.20	17	50.00	3	8.80	34	100.00
4 a 6 años	11	25.60	31	72.10	1	2.30	43	100.00
6 a 8 años	9	25.00	22	61.10	5	13.90	36	100.00
Más de 8 años	3	18.80	11	68.80	2	12.50	16	100.00



**Cuadro 49. Tiempo transcurrido de la enfermedad y nivel de dependencia en subir y bajar escaleras.**

**TABLA 50. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA (CALIFICACIÓN GLOBAL)**

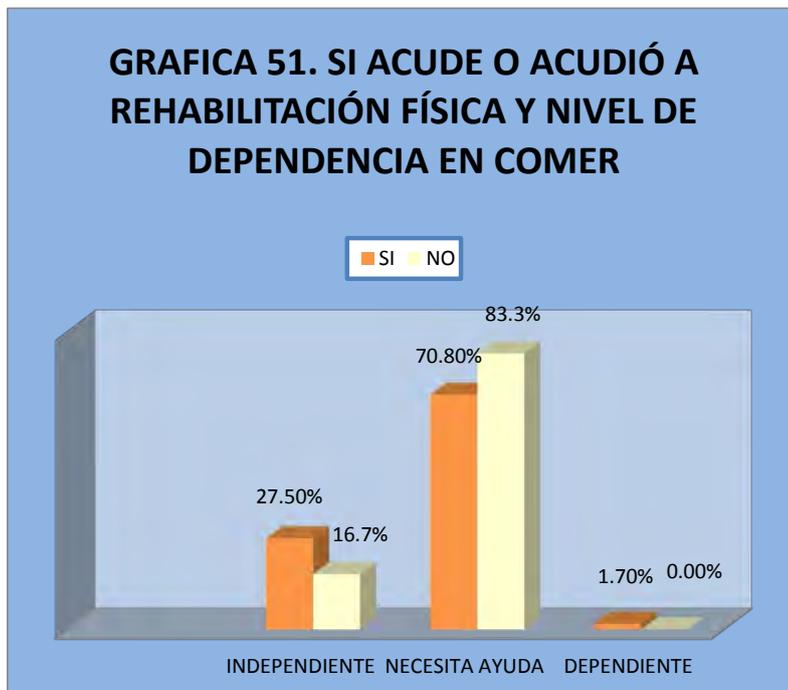
Tiempo transcurrido de la enfermedad	Nivel de dependencia (calificación global)								Total	
	Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve		Autónomo			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frec.	(%)	Frecuencia	(%)
6 meses a 2 años	0	0.00	0	0.00	13	86.70	2	13.30	15	100.00
2 a 4 años	0	0.00	4	11.80	25	73.50	5	14.70	34	100.00
4 a 6 años	0	0.00	5	11.60	38	88.40	0	0.00	43	100.00
6 a 8 años	4	11.10	5	13.90	23	63.90	4	11.10	36	100.00
Más de 8 años	0	0.00	5	31.30	11	68.80	0	0.00	16	100.00



**Cuadro 50. Tiempo transcurrido de la enfermedad y nivel de dependencia (calificación global).**

**TABLA 51. SI ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACIÓN FÍSICA  
NIVEL DE DEPENDENCIA EN COMER**

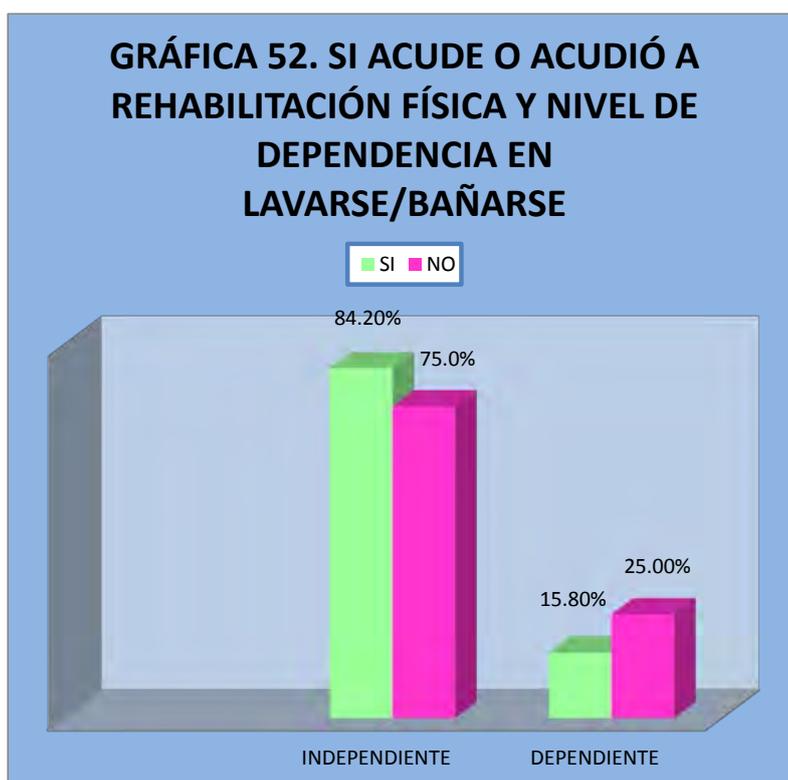
Acude o acudió a Rehabilitación Física	Nivel de dependencia en comer						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Si	13	27.50	85	70.80	2	1.70	120	100.00
No	4	16.70	20	83.30	0	0.00	24	100.00



**Cuadro 51. Si acude o acudió a Rehabilitación Física y nivel de dependencia en comer.**

**TABLA 52. SI ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACIÓN FÍSICA Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN LAVARSE/BAÑARSE**

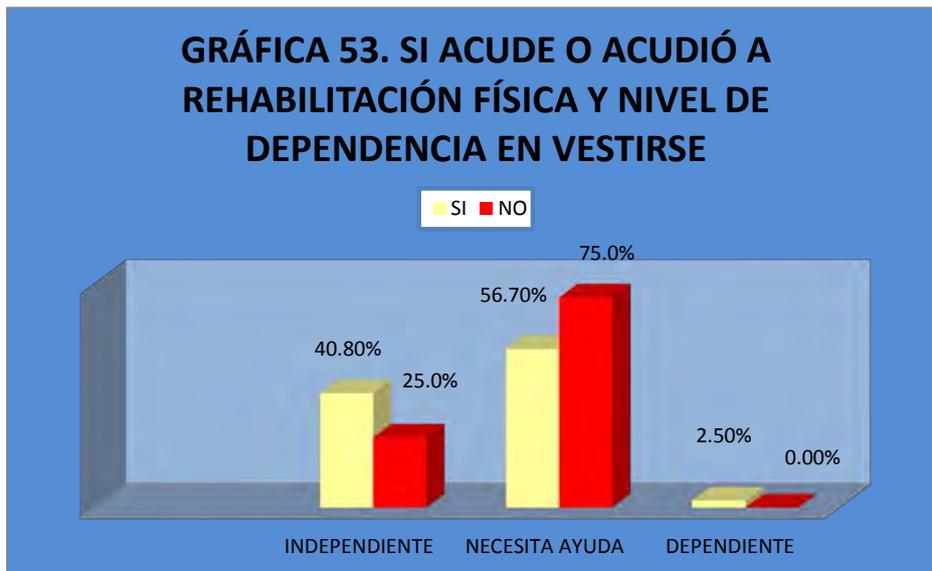
Acude o acudió a Rehabilitación Física	Nivel de dependencia en lavarse/bañarse					
	Independiente		Dependiente		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Si	101	84.20	19	15.80	120	100.00
No	18	75.00	6	25.00	24	100.00



**Cuadro 52. Si acude o acudió a Rehabilitación Física y nivel de dependencia en lavarse/bañarse.**

**TABLA 53. SI ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACIÓN FÍSICA Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN VESTIRSE**

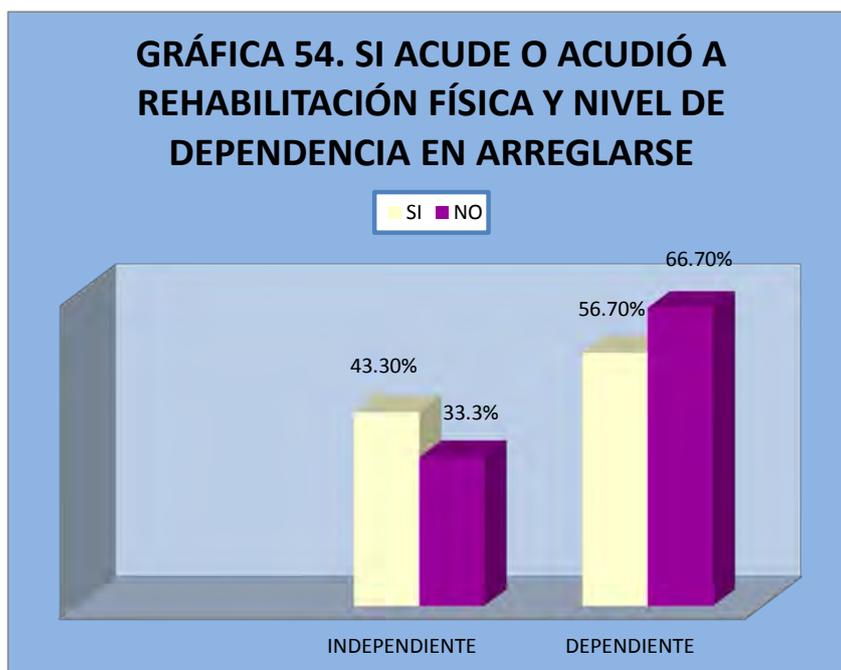
Acude o acudió a Rehabilitación Física	Nivel de dependencia en vestirse						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Si	49	40.80	68	56.70	3	2.50	120	100.00
No	6	25.00	18	75.00	0	0.00	24	100.00



**Cuadro 53. Si acude o acudió a Rehabilitación Física y nivel de dependencia en vestirse.**

**TABLA 54. SI ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACIÓN FÍSICA Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN ARREGLARSE**

Acude o acudió a Rehabilitación Física	Nivel de dependencia en arreglarse					
	Independiente		Dependiente		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Si	52	43.30	68	56.70	120	100.00
No	8	33.30	16	66.70	24	100.00



**Cuadro 54. Si acude o acudió a Rehabilitación Física y nivel de dependencia en arreglarse.**

**TABLA 55. SI ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACIÓN FÍSICA Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUANTO A DEFECACIÓN**

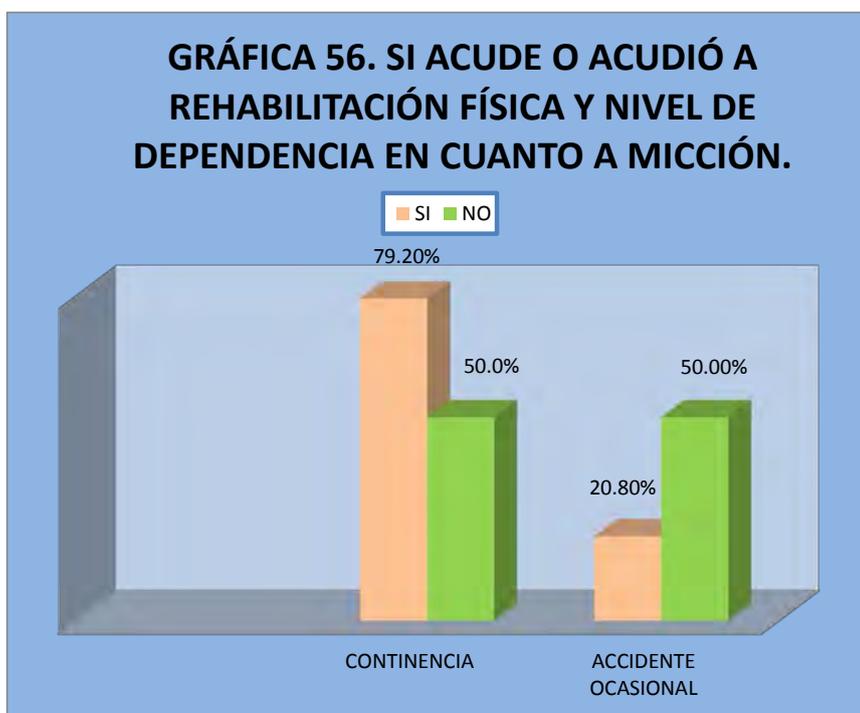
Acude o acudió a Rehabilitación Física	Nivel de dependencia en cuanto a defecación					
	Continencia		Accidente ocasional		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Si	104	86.70	16	13.30	120	100.00
No	20	83.30	4	16.70	24	100.00



**Cuadro 55. Si acude o acudió a Rehabilitación Física y nivel de dependencia en cuanto a defecación.**

**TABLA 56. SI ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACIÓN FÍSICA Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUANTO A MICCIÓN**

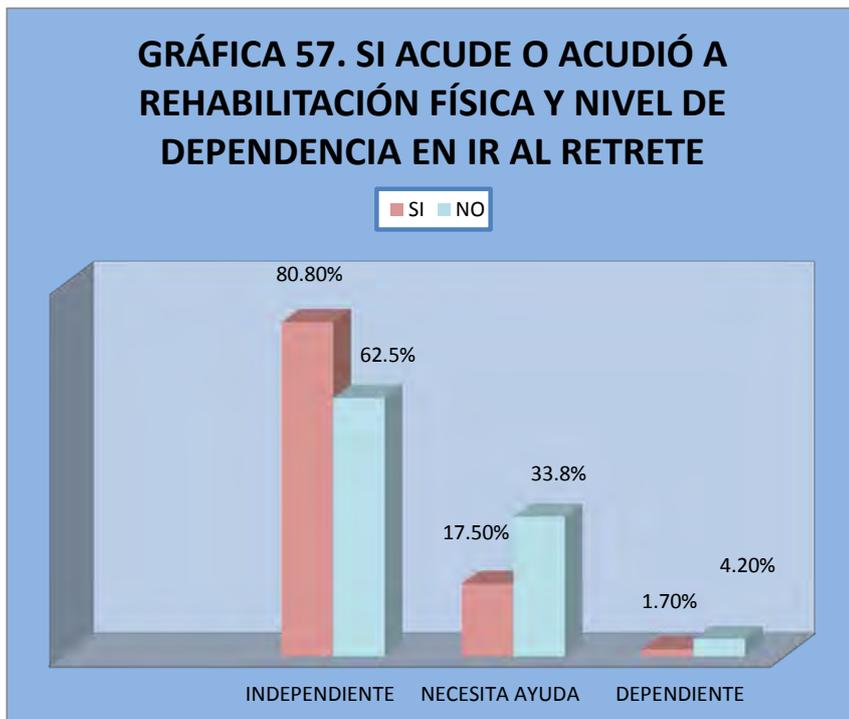
Acude o acudió a Rehabilitación Física	Nivel de dependencia en cuanto a micción					
	Continencia		Accidente ocasional		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Si	95	79.20	25	20.80	120	100.00
No	12	50.00	12	50.00	24	100.00



**Cuadro 56. Si acude o acudió a Rehabilitación Física y nivel de dependencia en cuanto a micción.**

**TABLA 57. SI ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACIÓN FÍSICA  
NIVEL DE DEPENDENCIA EN IR AL RETRETE**

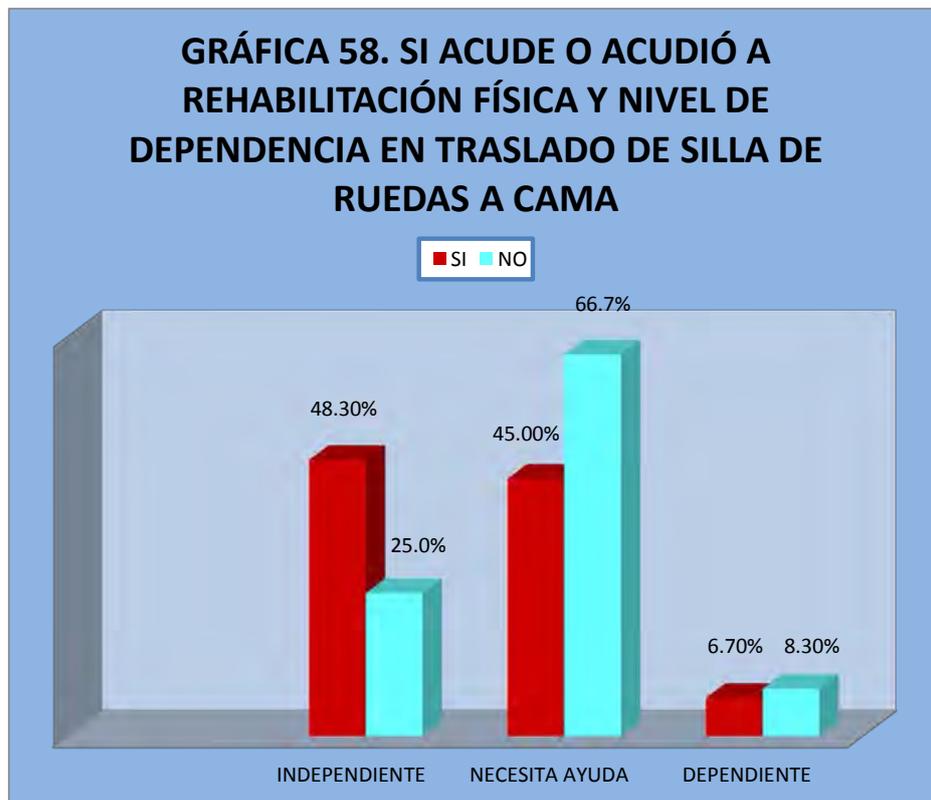
Acude o acudió a Rehabilitación Física	Nivel de dependencia en ir al retrete						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Si	97	80.80	21	17.50	2	1.70	120	100.00
No	15	62.50	8	33.80	1	4.20	24	100.00



**Cuadro 57. Si acude o acudió a Rehabilitación Física y nivel de dependencia en ir al retrete.**

**TABLA 58. SI ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACIÓN FÍSICA Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN TRASLADO DE SILLA DE RUEDAS A CAMA**

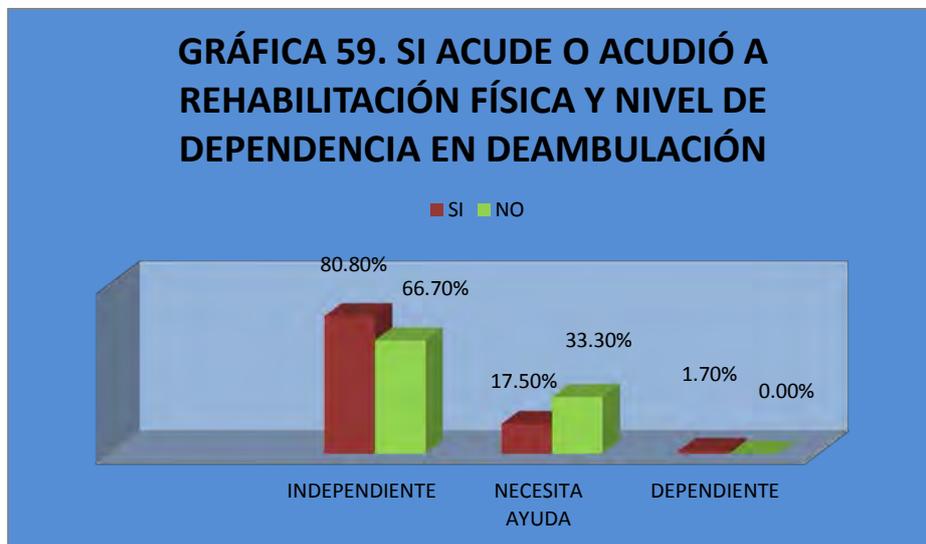
Acude o acudió a Rehabilitación Física	Nivel de dependencia en traslado de silla de ruedas a cama						Total	
	Independiente		Mínima ayuda		Gran ayuda			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Si	58	48.30	54	45.00	8	6.70	120	100.00
No	6	25.00	16	66.70	2	8.30	24	100.00



**Cuadro 58. Si acude o acudió a Rehabilitación Física y nivel de dependencia en traslado de silla de ruedas a cama.**

**TABLA 59. SI ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACIÓN FÍSICA Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN DEAMBULACIÓN**

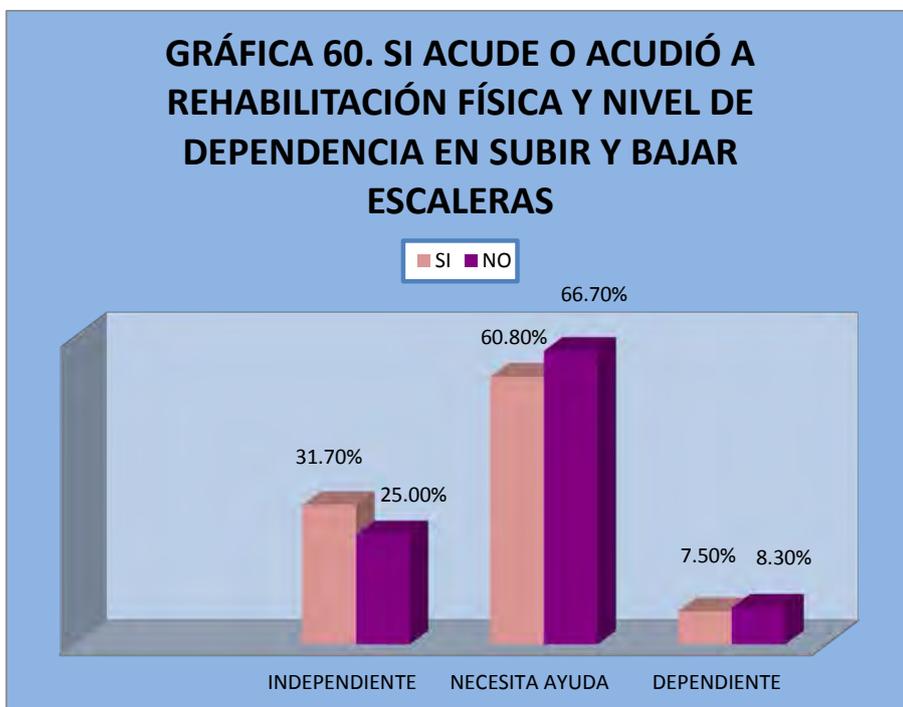
Acude o acudió a Rehabilitación Física	Nivel de dependencia en deambulaci3n						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Independiente con silla de ruedas			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Si	97	80.80	21	17.50	2	1.70	120	100.00
No	16	66.70	8	33.30	0	0.00	24	100.00



**Cuadro 59. Si acude o acudió a Rehabilitaci3n Física y nivel de dependencia en deambulaci3n.**

**TABLA 60. SI ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACIÓN FÍSICA  
NIVEL DE DEPENDENCIA EN SUBIR Y BAJAR ESCALERAS**

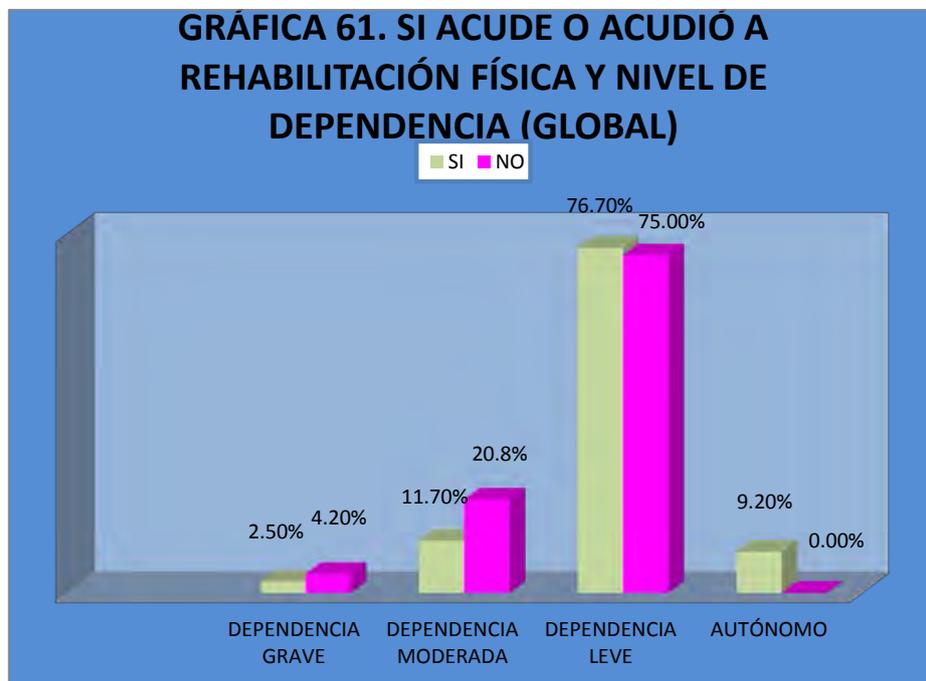
Acude o acudió a Rehabilitación Física	Nivel de dependencia en subir y bajar escaleras						Total	
	Independiente		Necesita ayuda		Dependiente			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Si	38	31.70	73	60.80	9	7.50	120	100.00
No	6	25.00	16	66.70	2	8.30	24	100.00



**Cuadro 60. Si acude o acudió a Rehabilitación Física y nivel de dependencia en subir y bajar escaleras.**

**TABLA 61. SI ACUDE O ACUDIÓ A REHABILITACIÓN FÍSICA Y NIVEL DE DEPENDENCIA (CALIFICACIÓN GLOBAL)**

Acude o acudió a Rehabilitación Física	Nivel de dependencia (calificación global)						Autónomo		Total	
	Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve		Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)				
Si	3	2.50	14	11.70	92	76.70	11	9.20	120	100.00
No	1	4.20	5	20.8	18	75.00	0	0.00	24	100.00



**Cuadro 61. Si acude o acudió a Rehabilitación Física y nivel de dependencia (calificación global).**

## DISCUSIÓN

Arregui y Mejía (2010) en su estudio “Recuperación funcional de las actividades básicas de la vida diaria en pacientes con EVC isquémico” reportó 62.10% con predominio de dependencia leve en actividades básicas de la vida diaria, la dependencia grave con un 8% y total 4%; en este sentido nuestro estudio se relaciona con la literatura anterior respecto a la dependencia leve ya que la mayoría de los pacientes analizados ostentaron en un 76.40%, debido a que probablemente fue en una población con características similares, de nivel socioeconómico similar y con acceso a sistemas públicos de salud; la dependencia grave y total difirió con nuestro estudio, ya que sólo se observó 2.80% y dependencia total ninguno, esto debido a que no tenemos contacto en la consulta externa con pacientes que tienen secuelas graves neurológicas o postrados.

En el estudio realizado por Robledo Mayo et al. (2006) llamado “Valoración funcional y dependencia en actividades básicas de la vida diaria en pacientes con secuelas de EVC isquémico”, reportó 36% de los pacientes mayores a 78 años con dependencia grave, 47% mostraron dependencia moderada, 17% tuvieron dependencia leve, ninguno presentó autonomía; lo encontrado en nuestro estudio es similar a estos resultados ya que el 12.50% tuvieron dependencia grave y el 53.10% mostraron dependencia moderada, 34.40% presentaron dependencia leve y ninguno mostró también autonomía en un rango de edad mayor de 81 años, estas semejanzas encontradas pueden ser porque a mayor edad, mayor dependencia, debido al síndrome de fragilidad que presenta el adulto mayor y aunado con las secuelas neurológicas de EVC isquémico.

Arango Peña et al. (2008) en su estudio titulado “Dependencia funcional en pacientes con EVC isquémico”, reportó un 92% de pacientes con antecedente de EVC isquémico que sí acudieron a Rehabilitación Física, los cuales ostentaron dependencia leve, estos datos son equivalentes en nuestro estudio donde encontramos que la mayoría un 76.70% que fue la mayoría que acudieron a Rehabilitación Física con dependencia leve, sin embargo el porcentaje no coincidió debido a que posiblemente el nivel socioeconómico y cultural con respecto a la salud sea más alto que en nuestra población en estudio, por lo que la frecuencia y porcentaje fueron más elevados y existe una relación con respecto a menor dependencia con mayor asistencia a Rehabilitación Física.

En el estudio realizado por Vargas Illanes et al. (2009) “Impacto de dependencia funcional en pacientes con EVC isquémico”, obtuvo que la actividad básica de la vida diaria que mayor tuvo dependencia fue lavarse/bañarse con un 65% y la actividad con mayor independencia fue defecación con un 69%, los resultados de nuestro estudio son afines en cuanto a la actividad de mayor independencia que fue también defecación con 86.10%, y no coincidiendo con la actividad con mayor dependencia en nuestro estudio que fue arreglarse con un 58.3%, en el estudio encontrado no menciona la relación con rehabilitación física, sin embargo puede ser debido a que los que tuvieron mayor dependencia no acudieron a terapia ocupacional o su nivel de afección cerebral fue más severo y su repercusión motora se vio más alterada, por lo tanto no mejoró en la actividad de lavarse/bañarse como en los que sí acudieron.

Las debilidades del presente estudio fueron los siguientes; no se contemplaron patologías asociadas a la enfermedad como hipertensión, diabetes, dislipidemia, enfermedad multiinfarto, las cuales pueden tener relación directa con dependencia en actividades básicas de la vida diaria, así mismo no se hizo apartados de pacientes con secuelas neurológicas relacionadas a la severidad de la isquemia cerebral de acuerdo con el área cerebral afectada.

Uno de los aspectos más importantes de la investigación fue conocer la dependencia en actividades básicas de la vida diaria en pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica, utilizando como instrumento el Índice de Barthel, el cual ha demostrado una alta consistencia y confiabilidad por el proceso de validación al que fue sometido, por lo que es aplicado en pacientes con EVC isquémico en nuestra población mexicana e inclusive estas se encuentran en las guías de práctica clínica vigentes.

Es importante para el médico familiar este estudio, ya que permite evaluar el nivel de dependencia y su repercusión social, económica, laboral, sobre la familia e incluso su calidad de vida, esto como consecuencia nos puede otorgar información para dar un enfoque preventivo como medida más importante a la población general desde el primer nivel de atención.

Al conocer esta información debemos considerar la preparación del médico familiar no solo en el área biomédica sino también en los aspectos social y cultural, sin olvidar nuestra visión holística y con enfoque de riesgo dirigida a nuestra población, fomentando estilos de vida saludable, apego al tratamiento médico, y la participación activa de la familia en el cuidado del paciente, con el objetivo de retrasar las complicaciones asociadas a los factores de riesgo y por lo tanto disminuir el costo que estas generan en nuestra institución.

Así mismo es imperioso realizar medicina preventiva, ya que el EVC isquémico tiene un alto porcentaje de mortalidad y es el primer lugar de discapacidad en la población mayor de 60 años; entre las medidas para reducir los factores de riesgo, se encuentran el educar al paciente en cuanto a identificar los signos y síntomas, ya que en la gran mayoría no saben que incluso cursaron con un evento cerebral y no acudieron a atención médica y esto es de suma importancia por su repercusión en la severidad de la lesión, aunado al tiempo en que tarda en recibir atención médica, en ser diagnosticado y enviado de forma oportuna a los servicios de segundo nivel de atención para recibir tratamiento oportuno y evitar un mayor grado de dependencia.

## CONCLUSIONES

En el presente estudio donde se evaluó el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria en pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica, se encontró que la dependencia es leve en un 76.40%.

También se observó que la dependencia grave tuvo menor frecuencia y porcentaje con un 2.80%.

De este modo se cumplió el objetivo general de la presente investigación; aceptándose la hipótesis alterna, la cual señala que los pacientes con antecedente de Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica que acuden a consulta tienen un nivel de dependencia leve en un 76.40% en actividades básicas de la vida diaria.

La actividad básica de la vida diaria que mayor porcentaje tuvo de dependencia fue la del arreglarse con un 58.30%.

La actividad que predominó con mayor independencia fue defecación con un 86.10%.

En cuanto a la edad y su relación con dependencia en actividades básicas de la vida diaria, podemos concluir que los pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica que mostraron mayor dependencia fueron dentro del rango de más de 81 años refiriendo 87.50% de dependencia en arreglarse.

Con respecto al género y su relación con dependencia en actividades básicas de la vida diaria, podemos mencionar que la dependencia leve predominó en mujeres con un 77.90%, sin embargo no difiere mucho al porcentaje 74.10% de dependencia leve en hombres con antecedente de Enfermedad Vascular Isquémica.

Los pacientes que mayor independencia ostentaron se encontraron dentro del rango de 50 a 60 años en la actividad de lavarse/bañarse, defecación y micción en un 100%.

A sí mismo en el análisis de tiempo transcurrido de la enfermedad y dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, la actividad con mayor dependencia que se presentó fue la de arreglarse en un tiempo transcurrido de la enfermedad de 4 a 6 años con un porcentaje de 72.10%.

La actividad básica de la vida diaria con mayor independencia, se encontró en un tiempo transcurrido de la enfermedad de 6 meses a 2 años, siendo el lavarse/bañarse, defecación y micción en un 100%.

En cuanto a si acudió o acude a Rehabilitación Física y dependencia en actividades básicas de la vida diaria, se observó que la actividad más señalada con dependencia y que no acudieron a Rehabilitación Física fue arreglarse con un porcentaje de 66.70%.

La actividad básica de la vida diaria con mayor independencia que sí acudieron a Rehabilitación fue defecación con un 86.70%.

En relación a la calificación global de si acude o acudió a Rehabilitación Física y dependencia destacó la dependencia leve en un 76.70% que si tuvieron Rehabilitación Física.

Por lo tanto podemos concluir que la mayoría de los pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica tienen un nivel de dependencia leve, esta dependencia está relacionada a la edad, ya que a mayor edad mayor dependencia y es inversamente proporcional a si acude o acudió a Rehabilitación Física. El nivel de dependencia en mujeres y hombres es parecido, sin embargo la mujer presentó dependencia leve en más porcentaje que el hombre.

A si mismo observando que la actividad con mayor dependencia fue arreglarse y mayor independencia fue defecación concluyendo que las actividades motoras finas se manifestaron con mayor dependencia y las actividades motoras gruesas mayor independencia y preservación o recuperación en menor tiempo transcurrido de la enfermedad.

Es necesario continuar estudios de tipo multicentrico, en estos pacientes con el fin de investigar si los hallazgos de nuestro trabajo son aplicables en pacientes con EVC isquémico de otras unidades médicas, sería recomendable realizar un estudio de casos y controles comparativo entre pacientes con ataque isquémico transitorio y nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria y en pacientes con EVC isquémico y nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria.

Por último se propone realizar estudios de seguimiento en cuanto a su percepción de calidad de vida y si es proporcional a su dependencia, así como conocer el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria relacionada con cierta área anatómica cerebral afectada en agudo.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Kunst M.M., Schaefer P.W. Ischemic Stroke. *Radiology Clinics. of North America* 2011, 49: 1-26.
- 2.-Nentwich L.M., Veloz W. Neuroimaging in Acute Stroke. *Emergency Medical Clinics of North America* 2012, 30: 659–680.
- 3.-Kue R., Steck A. Diagnosis and Management of Patients with Acute Stroke. *Emergency Medical Clinics of North America* 2012, 30: 617-635.
- 4.-Easton J.D., Jeffrey Ch., Saver L. Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack. *American Heart Association-Stroke*. 2009, 40:2276-2293.
- 5.-Kelley R. E., Schild S.M. Ischemic Stroke: Emergencies and Management. *Neurology Clinics* 2012, 30: 187–210.
- 6.-Seder D.B.,Mayer S.A. Critical Care Management of Subarachnoid Hemorrhage and Ischemic Stroke. *Clinics Chest Medicine* 2009, 30: 103–122.
- 7.-Perry J.M., McCabe K. K. Recognition and Initial Management of Acute Ischemic Stroke. *Emergency Medical Clinics of North America* 2012, 30: 637–657.
- 8.-Schneider J.I., Olshaker J. S. Vertigo, Vertebrobasilar Disease, and Posterior Circulation Ischemic Stroke. *Emergency Medical Clinics of North America* 2012, 30: 681–693.
- 9.-Bussière M., Young J. B. Anoxic-Ischemic Encephalopathy and Strokes Causing Impaired Consciousness *Neurology Clinics* 2011 29: 825–836.
- 10.-Heitsch L. E., Panagos P. D. Treating the Elderly Stroke Patient. *Clinical Geriatrics Medicine* 2012, 29: 231–255.
- 11.-Urrutia V. V., Wityk R. J. Blood Pressure Management in Acute Stroke. *Neurology Clinics*. 2008, 26: 565–583.

- 12.-Hocker S., Morales S., Schneck M. J. Management of Arterial Blood Pressure in Acute Ischemic and Hemorrhagic Stroke. *Neurology Clinics* 2010 28: 863–886.
- 13.- Weaver F.M., Hickey E. C, Hughes S. L, Providing all-inclusive care for frail elderly veterans: evaluation of three models of care. *Journal American Geriatric Society*. 2008; 56: 345–53.
- 14.- Nicklas B.J., Brinkley T. E. Exercise training as a treatment for chronic inflammation in the elderly. *Exercise Sport Science Reviews Journal* 2009, 37:165–70.
- 15.- Morley J. E. Developing novel therapeutic approaches to frailty. *Current Pharmaceutical Design*. 2009;15: 3384–95.
- 16.- Soberanes S., González A., Moreno Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009; 14: 161-72.
- 17.-Trigás M., Ferreira L., Meijide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica | Sociedad Galena de Medicina Interna*. 2011; 72: 11-16
- 18.-Guía Clínica para Atención Primaria a las personas Adultas Mayores.Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington: OPSOMS, 2009.
- 19.-Fedder W. National and International Quality Initiatives to Improve Stroke Care. *Neurology Clinics* 2008, 26: 1191–1207.
- 20.- Cornett O. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. *Cardiology Clinics*. 2008; 26: 251-265.
- 21.-Mackenzie A. Risk factor management to prevent first stroke. *Neurology Clinics*. 2008; 26: 1007-1045.
- 22.-Clark O. Acute ischemic stroke management: administration of thrombolytics, neuroprotectants, and general principles of medical management. *Neurology Clinics*. 2009; 26: 943-961.
- 23.- Coll, C. Use of antiplatelet agents for prevention of ischemic stroke. *Neurology Clinics*. 2011; 26: 1047-1077.

- 24.- Barrero L., García S., Ojeda A. Índice de Barthel: Un instrumento esencial para la evaluación funcional y rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica*. 2005; 4: 81-85.
- 25.-Arregui F., Mejía P.. Recuperación funcional de las actividades básicas de la vida diaria en pacientes con EVC isquémico. *Neurología*. 2010, 40: 197–211.
- 26.-Robledo M., Hernández C. Valoración funcional y dependencia en actividades básicas de la vida diaria en pacientes con secuelas de EVC isquémico. *Rehabilitación Física*. 2006, 42: 104–123.
- 27.-Arango P., Casales R. Dependencia funcional en pacientes con EVC isquémico. *Terapia Ocupacional*. 2008, 20: 647–668.
- 28.-Vargas I., Bautista D. Impacto de dependencia funcional en pacientes con EVC isquémico. *Medicina Física y Rehabilitación*. 2009, 30: 471–483.

# **ANEXOS**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA EN EL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Marzo 2012 a Enero 2013
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	El impacto que tiene la enfermedad vascular cerebral isquémica sobre el individuo y su familia por discapacidad física y dependencia, es importante evaluar el nivel de dependencia de cada paciente ante el riesgo de mortalidad mediante El índice de Barthel que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades básicas de la vida diaria,. Objetivo: Evaluar el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria en pacientes con antecedente de Enfermedad Vascular Cerebral Isquémica del HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
Procedimientos:	Se realizará una entrevista individual a los pacientes con antecedente de enfermedad vascular isquémica, que acudan a la consulta externa del HGZ/UMF # 8. Gilberto Flores Izquierdo.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo no hay intervención de variables por lo tanto solo se informará en caso de información relevante.
Participación o retiro:	Se podrá retirar del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se ha dado seguridad de que no se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):


No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): \_\_\_\_\_

Beneficios al término del estudio: \_\_\_\_\_

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Colaboradores: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Estado Civil:  
 Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Ocupación: Empleado \_\_\_\_\_ Desempleado \_\_\_\_\_  
 Año en que presentó enfermedad vascular cerebral: \_\_\_\_\_ Acude o acudió a  
 rehabilitación física Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Marque con una X en el cuadro vacío la respuesta según sus actividades diarias.

### ÍNDICE DE BARTHEL

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
COMER	INDEPENDIENTE	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable.		10
	NECESITA AYUDA	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc. Pero es capaz de comer solo.		5
	DEPENDIENTE	Necesita ser alimentado por otra persona		0
LAVARSE – BAÑARSE	INDEPENDIENTE	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la regadera o tina o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.		5
	DEPENDIENTE	Necesita alguna ayuda o supervisión		0
VESTIRSE	INDEPENDIENTE	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa de ropa interior sin ayuda.		10
	NECESITA AYUDA	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable		5
	DEPENDIENTE	Necesita ayuda por otra persona		0

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
ARREGLARSE	INDEPENDIENTE	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona		5
	DEPENDIENTE	Necesita alguna ayuda		0
DEFECACIÓN	CONTINENCIA	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.		10
	ACCIDENTE OCASIONAL	Incontinente o necesita ayuda con enemas o supositorios menos de una vez por semana		5
	INCONTINENTE	Incluye administración de enemas o supositorios por otro.		0
MICCIÓN- VALORAR LA SITUACION EN LA SEMANA PREVIA	CONTINENTE	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.		10
	ACCIDENTE OCASIONAL	Máximo uno en 24 horas		5
	INCONTINENTE	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse		0
IR AL RETETE	INDEPENDIENTE	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y bajar la palanca del W.C. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinica (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla sin ayuda y sin manchar.		10
	NECESITA AYUDA	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.		5
	DEPENDIENTE	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor		0

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE		RESPUESTA	PUNTUACIÓN
TRASLADARSE SILLÓN/ CAMA	INDEPENDIENTE	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y acuesta y puede volver a la silla sin ayuda.		15
	MÍNIMA AYUDA	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento		10
	GRAN AYUDA	Capaz de estar sentado sin ayuda pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse.		5
	DEPENDIENTE	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.		0
DEAMBULACIÓN	INDEPENDIENTE	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela sólo.		15
	NECESITA AYUDA	Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para caminar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)		10
	INDEPENDIENTE CON SILLA DE RUEDAS	En 50 metros, debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.		5
	DEPENDIENTE	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.		0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	INDEPENDIENTE	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos.		10
	NECESITA AYUDA	Supervisión física o verbal		5
	DEPENDIENTE	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)		0
TOTAL				

**CATEGORÍA DE DEPENDENCIA:**

- 1) TOTAL < 20 PUNTOS
- 2) GRAVE 20-35 PUNTOS
- 3) MODERADA 40-55 PUNTOS
- 4) LEVE > 60 PUNTOS
- 5) AUTÓNOMO 100 PUNTOS



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA.  
HGZ/UMF # 8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO

TÍTULO DE TESIS:  
**EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES  
CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD VASCULAR ISQUÉMICA EN EL HGZ/UMF # 8 DR. GILBERTO  
FLORES IZQUIERDO**

**2012-2014**

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2014
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPÓTESIS		X										
PROPÓSITOS		X										
DISEÑO METODOLÓGICO		X										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO		X	X									
CONSIDERACIONES ÉTICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFÍA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACIÓN			X									
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO				X								
RECOLECCIÓN DE DATOS					X	X	X	X	X	X		
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X	X		
ANÁLISIS DE DATOS									X	X		
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X	X		
+DISCUSIÓN DE DATOS									X	X		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL										X	X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACIÓN												X

