



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado**

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) de
Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación
“Dr. Victorio de la Fuente Narváez”
Ciudad de México**

Título:

**Monitoreo de la calidad de vida e impacto de la historia natural de la enfermedad en
patología músculo esquelética aguda y crónica (MOCABI – 1)- substrato:
Evaluación de calidad de vida y factores asociados en sobrevivientes de evento vascular
que acuden a un hospital de referencia de rehabilitación**

Tesis para optar por el grado de especialista en:

MEDICINA DE REHABILITACIÓN

Presenta:

Dr. Eduardo Trejo Martínez

Tutor:

Dra. Hermelinda Hernández Amaro

Investigador responsable:

Dr. Rubén Torres González

Investigadores Asociados:

Dra. Aidee Gibraltar Conde

Registro ante el Comité de Ética en Investigación
CONBIOÉTICA 09-CEI-001-20180122 y
Ante el Comité Local de Investigación en Salud 3401:
Registro R-2011-3401-43
Enmienda FE-2018-3401-4

Lugar y fecha de publicación: Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.

Ciudad de México, Julio 2018.

Fecha de egreso: 28 febrero 2019



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.

AUTORIDADES

DRA. FRYDA MEDINA RODRÍGUEZ
TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL UMAE

DR. RUBÉN TORRES GONZÁLEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMAE

DRA. ELIZABETH PÉREZ HERNÁNDEZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD UMAE

DR. JORGE QUIROZ WILLIAMS
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD UMAE

DRA HERMELINDA HERNANDEZ AMARO
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD UMFN UMAE

DR. IGNACIO DEVESA GUTIERREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN
DIRECTOR MEDICO
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NORTE
UMAE "DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ", CIUDAD DE MÉXICO. IMSS, MÉXICO.

Dra. Hermelinda Hernández Amaro
TUTOR DE TESIS

Correspondencia: Dra. Hermelinda Hernández Amaro.

Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte. Av. Instituto Politécnico Nacional 1603, colonia Magdalena de las Salinas, C.P. 07760.
Delegación Gustavo A. Madero. Teléfono: 57473500 ext. 25820..

E - mail: lindahmaro@gmail.com

Contenido

| | |
|---|-----------|
| I Resumen | 3 |
| II Antecedentes | 4 |
| III Justificación y planteamiento del problema | 10 |
| IV Pregunta de Investigación | 11 |
| V Objetivos | 12 |
| V.1 Objetivo General | |
| V.2 Objetivos Específicos | |
| VI Hipótesis general | 15 |
| VII Material y Métodos | 16 |
| VII.5 Métodos | |
| VIII Resultados | 23 |
| IX Bibliografía | 31 |
| X Anexos | 35 |

I Resumen

Título: Evaluación de calidad de vida y factores asociados en sobrevivientes de evento vascular que acuden a un hospital de referencia de rehabilitación.

Antecedentes. El Evento Vascular Cerebral (EVC) constituye la cuarta causa de mortalidad en México y una importante causa de discapacidad y afección a la calidad de vida de los sobrevivientes. El cuestionario SF 12 v2 evalúa la calidad de vida, está validado su uso para pacientes que sufrieron un EVC. No existe en la actualidad estudios en la población mexicana que evalúen la calidad de vida con la escala SF – 12 v2 lo que permitiría compararla con otros grupos de pacientes con distintas patologías, asimismo es importante detectar los posibles factores relacionados que afectan la calidad de vida en nuestra población. La información obtenida permitirá realizar modificaciones para mejorar la atención de estos pacientes.

Objetivo. Evaluar la calidad de vida y determinar los factores relacionados en pacientes sobrevivientes a un EVC.

Material y Métodos. Escala de valoración de calidad de vida SF – 12, EuroQol y ficha de recolección de datos. Previo consentimiento informado, se aplicaran los cuestionarios a los pacientes por entrevistador o autoimpartido.

1. Describir el tipo de estudio: estudio observacional, descriptivo, transversal
2. Población de estudio: Pacientes sobrevivientes a EVC que cumplan los criterios de inclusión.
3. Lugar y tiempo: UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte. Marzo a Junio 2018.
4. Análisis estadístico: Análisis de Regresión múltiple.

Resultados. Se obtuvo información de 160 pacientes mediante cuestionarios, 53.8% del sexo masculino y 46.3% del sexo femenino. La media de edad fue de 65 años, la mayoría tenía cónyuge o pareja. El estado laboral predominante fue desempleado. El tipo de EVC más frecuente fue el isquémico y con afección hemifasciocorporal.

Conclusión. Los factores asociados a la calidad de vida fueron la edad, el grado de discapacidad, la topografía hemifasciocorporal y presencia de trastorno del lenguaje. Las áreas más afectadas en la calidad de vida fueron las de la salud física y en menor proporción del área emocional.

II Antecedentes

Evento Vascular Cerebral

El evento vascular cerebral (EVC), se define como un episodio de disfunción neurológica aguda causado por isquemia o hemorragia, que persiste \geq 24 horas o hasta la muerte⁽¹⁾.

Según la naturaleza de la lesión encefálica se distinguen dos grandes tipos de ictus: isquémico y hemorrágico. El primero es debido a la falta de aporte sanguíneo a una determinada zona del parénquima encefálico, y el segundo, a la rotura de un vaso sanguíneo encefálico con extravasación de sangre fuera del flujo vascular ⁽²⁾.

Epidemiología

En la mayoría de los países, el EVC es de las principales causas de muerte. En el mundo, se estima que 15 millones presentan un evento vascular cerebral, de estos 5 millones mueren y otros 5 millones presentan discapacidad permanente ⁽²⁾.

En México ocupó el 5to lugar de mortalidad general, en el período de 1990 - 2016⁽³⁾. Los datos epidemiológicos disponibles en México proceden de las siguientes fuentes: un estudio basado en la población de Durango [(Brain Attack Surveillance in Durango (BASID)], un registro de un hospital de referencia [(Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Stroke Registry (INNN-SR)], y dos sistemas de registro multicéntricos [Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vascular Cerebral (RENAMEVASC) y el Primer Registro Mexicano de Isquemia Cerebral (PREMIER)]⁽⁴⁾.

En el estudio BASID, la incidencia acumulada obtenida fue de 232.3 por cada 100 000. La prevalencia en personas de 35 años y mayores fue de 8 por cada 1000, mientras que en aquellos de 60 años y más, fue de 18 por cada 1000. Los principales factores de riesgo para EVC reportados en este estudio fueron hipertensión (70%) y diabetes mellitus (39%). Mientras que en el registro PREMIER se reporta hipertensión (65%), obesidad (51%) y diabetes mellitus (35%). En cuanto a los subtipos de EVC más frecuentes según el registro INNN – SR fueron: isquémico 65%, isquemia cerebral transitoria 3%, hemorragia intracerebral 26% y trombosis venosa cerebral 6.3%. Mientras que en el registro RENAMEVASC fueron: isquémico 54.5%, hemorragia intracerebral 29% y trombosis venosa cerebral 3%. Para la recurrencia, el registro PREMIER

reportó una tasa de anual del 8%, BASID del 22% y datos del INNN – SR mostraron una recurrencia del 16.9% ^(4,5).

Dentro de las instituciones de salud que brindan la atención a la mayoría de estos pacientes encontramos tres principales: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) quien ha dado atención a la mayor parte (50.2%, en promedio) de las hospitalizaciones por enfermedades cerebro vasculares. En segundo término aparece la Secretaría de Salud (SSA) con un poco más de la tercera parte de los pacientes (34.2%), y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con una participación del 11.3% ⁽⁵⁾.

Existen escasos datos sobre estadística de las instituciones responsables del proceso de rehabilitación de estos pacientes. En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte (UMFRN) se presentaron un total de 636 casos nuevos en el 2009, para el 2010 fueron 670 ⁽⁶⁾, En el año 2014 ingresaron 1337 pacientes ⁽⁷⁾ y en 2016 fueron 998 pacientes, de estos 445 de primera vez y 553 subsecuentes. Siendo este padecimiento el motivo principal de atención en el servicio de consulta externa de rehabilitación neurológica.

EVC y discapacidad

El EVC es una de las causas más frecuentes de discapacidad y de múltiples secuelas físicas, funcionales, psicológicas y sociales, generando una carga para la comunidad y la familia⁽²⁾. Se ha reportado que de los supervivientes de un EVC del 40 al 53% tendrán dependencia total o parcial a los seis meses, con una reducción este número hasta el 33% al final del primer año y manteniéndose así por cinco años consiguientes. A partir del primer año más de la mitad de estos pacientes se han reportado con déficit motor, y déficit cognitivo entre el 30 y 35% ⁽⁸⁾. Según el estudio de Carod y Egido 2009, la discapacidad permanece estable entre los 6 – 9 meses y los 5 años después del EVC. En cuanto a las causas más frecuentes de discapacidad a los 6 meses se encuentran la hemiparesia 50%, incapacidad para desplazamiento independiente 30%, afasia 19% y síntomas depresivos 35% ⁽⁹⁾. El peor resultado funcional corresponde a los pacientes con hemorragia intracerebral, según el registro INNN – SR, donde el 56.2% presentaron un resultado de >2 en la escala de Rankin modificada (discapacidad moderada a grave) a los 27 meses de seguimiento ⁽⁴⁾.

La mejoría en las tasas de supervivencia y el incremento en la esperanza de vida conllevan un crecimiento de la población de sobrevivientes de EVC con discapacidad ⁽¹⁰⁾. El mayor efecto de dicha enfermedad es causado por sus consecuencias a largo plazo tanto para los pacientes como

para sus familias con alto coste humano y económico. Se han demostrado diversos determinantes de la calidad de vida en estos pacientes encontrando que los más frecuentes son: el grado de discapacidad, depresión ^(9,11) y la función cognitiva (sobre todo la atención y habilidad visoespacial)⁽¹²⁾. Por otro lado la edad se ha reportado en la mayoría de los estudios como factor no determinante. La mayoría de los estudios concluyen que el factor que más impacta la calidad de vida es el grado de discapacidad.

El grado de funcionalidad y la calidad de vida se relacionan de forma íntima, sin embargo nunca deberán tomarse como sinónimos ya que no es una regla que mientras haya mayor funcionalidad se presentará una mejor calidad de vida. Incluso los pacientes con deficiencias físicas mínimas o incluso sin ellas, es muy probable que presenten un deterioro en su calidad de vida posterior a un EVC⁽¹⁰⁾.

Calidad de vida

Según el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (1998), la calidad de vida (CV) de un paciente se define como “la percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual vive, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Un concepto relacionado es la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el cual se ha definido como ‘el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada’⁽⁹⁾. En el campo de estudio de la salud, se toma como sinónimo el concepto de calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud, razón por lo que se hará lo mismo en el presente trabajo.

Los principales instrumentos que se utilizan para evaluar la calidad de vida son los cuestionarios, con los propósitos de conocer y comparar el estado de salud de las poblaciones (fundamental para elaborar las políticas de salud) y evaluar el impacto de ciertas intervenciones a través del tiempo⁽¹³⁾. La mayoría de éstas ofrece un perfil cualitativo y/o cuantitativo de la CVRS de un individuo. Para ser de utilidad estas herramientas deben contar con las siguientes características: validez (mide lo que realmente tiene que medir), confiabilidad (la aplicación al mismo individuo en diferentes ocasiones o por diferentes observadores producen resultados similares), precisión (para las categorías y valores numéricos) y aceptabilidad (por parte de la población a estudiar)⁽¹⁴⁾.

Existen herramientas denominadas genéricas que son aplicadas a cualquier tipo de enfermedad, dirigidas a la población en general y a grupos de pacientes. Por otro lado, los instrumentos específicos contienen dimensiones de una determinada patología que se pretenda valorar, sin embargo sus resultados no pueden compararse con otro grupo de pacientes con patologías diferentes⁽¹⁵⁾.

Los instrumentos genéricos más utilizados para valorar la calidad de vida en el paciente con EVC son: EuroQol, London Handicap Scale (LHS), Health Utilities Index (HUI), Nottingham Health Profile (NHP) y Short Form Health Survey 36 (SF - 36)⁽¹⁴⁾.

En cuanto a las escalas específicas encontramos: Stroke Impact Scale (SIS), Stroke Specific Quality Of Life (SSQOL) , Newcastle Stroke Specific Quality of Life Measure (NEWSQOL), health-related quality of life (HRQOL) y Escala De Calidad De Vida Para El Ictus (ECVI-38).

La mayoría de los autores concluye que no existe un estándar de oro para la valoración de la calidad de vida en EVC, la elección del instrumento dependerá en los objetivos específicos que se tengan^(14,16).

Ante el cuestionamiento de si es mejor valorar la calidad de vida en pacientes sobrevivientes de EVC con cuestionarios genéricos o específicos. Se ha comparado la evaluación de calidad de vida en pacientes con EVC con un cuestionario específico (HRQOL) contra el genérico SF – 36, encontrando que ambos exhiben adecuada validez de constructo, en cuanto SF – 36 se reportó adecuada validez de contenido para la mayoría de sus dominios⁽¹⁶⁾.

Comparando la aceptación de los cuestionarios genéricos SF – 36 y EuroQol, con el cuestionario SF – 36 se ha encontrado un tiempo promedio de llenado de 5 – 10 minutos, con frecuencias de respuesta de 63 – 83% para la medición de la calidad de vida en EVC. Mientras que para el cuestionario European Quality of Life 5 Dimensions (EuroQol 5D) se encontró un tiempo de llenado de 2 – 3 minutos con una tasa de respuesta del 63 – 80%⁽¹⁴⁾.

El tiempo de llenado de la encuesta es importante para la aceptación de la población a estudiar, así como para la optimización de los recursos humanos y materiales de una institución. QualityMetric's SFTM desarrolló el instrumento SF-12v2, que se ha demostrado no pierde nivel de confianza para discriminar cambios en las esferas emocional y física.

El cuestionario SF-12 v2 está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, seleccionados mediante regresión múltiple (seleccionando uno o 2 ítems de cada una de las dimensiones del SF-36), a partir de los cuales se diseñaron los constructos o sumarios del componente físico (SCF-12) y mental (SCM-12) como puntuaciones adicionales⁽¹⁷⁾. Resume 8 dimensiones, mantiene el modelo conceptual de SF – 36: Función física (2 ítems), Rol Físico (2 ítems), Dolor Corporal (1 ítem), Salud General (1 ítem), Vitalidad (1 ítem), Función Social (1 ítem), Rol Emocional (2 ítems) y Salud Mental (2 ítems). A partir de estos se calcula el Componente Sumario físico (CSF) y mental (CSM). Para su interpretación se basa en la utilización de normas poblacionales de referencia, las cuales indican un valor estándar que facilita la interpretación de las puntuaciones respecto a las esperadas según su grupo de edad y sexo ⁽¹⁸⁾.

El cuestionario SF – 12 v2 presenta la ventaja de poder ser contestado en un promedio de 2 minutos o menos, al contrario del SF – 36 con duración de 5- 10 minutos.

Se ha comprobado la replicabilidad de los componentes sumarios del SF – 36 con el SF – 12 en pacientes con EVC, se reporta que reproduce los resultados sin pérdida sustancial de la información y puede usarse como sustituto del SF – 36 en sobrevivientes de EVC con capacidad de autoreporte ⁽¹⁹⁾.

Como antecedentes de la valoración de calidad de vida en sobrevivientes de EVC en población mexicana, se cuenta con un estudio transversal retrospectivo en la UMFRN, donde se evaluó la calidad de vida mediante escalas ECVI-38 V3 y SF-36 con un total de 86 pacientes. Del cual se concluyó lo siguiente: el grupo de 30 a 39 años de edad tuvieron puntuaciones favorables para la calidad de vida en general respecto a grupos de edad mayores, refirieron una percepción de recuperación referida como poca., de los 6 a 12 meses de evolución su calidad de vida presentó puntuaciones globales favorables. Los pacientes con EVC hemorrágico presento mayor afectación de calidad de vida ⁽⁶⁾.

Sin embargo, no se ha realizado una evaluación de la calidad de vida en población mexicana sobrevivientes de EVC con el cuestionario SF – 12 v2 que permita comparar la calidad de vida de estos pacientes con otros grupos de diferentes patologías.

III Justificación y planteamiento del problema

El evento vascular cerebral es hoy en días una de las principales causas de mortalidad en el mundo y en México, asimismo más de la mitad de los sobrevivientes presentan discapacidad en grados variables. Esta nueva realidad que enfrentan los individuos tiene un impacto negativo en la calidad de vida, que representa una importante problemática de salud⁽²³⁾.

De forma ideal, los tratamientos deberían mejorar el aspecto físico, pero también la salud mental. Las mediciones para la eficacia del tratamiento en EVC están basadas en evaluaciones clínicas, aspectos biológicos y funcionalidad. Sin embargo, no siempre capturan las dimensiones que realmente impactan la calidad de vida y la satisfacción personal de los sobrevivientes ⁽²⁴⁾.

Los efectos del tratamiento deberían medirse en términos de calidad tanto como de cantidad de la supervivencia, los avances médicos pueden prolongar la vida, pero es importante conocer la naturaleza de esa 'nueva vida' ⁽²⁵⁾. Razón por lo cual se ha brindado cada vez mayor importancia a la calidad de vida de los pacientes como un índice de resultado, es probable que ésta se más relevante para el paciente que la discapacidad en sí ⁽²⁶⁾.

No existe un estándar de oro para la evaluación de la calidad de vida en los pacientes con EVC. La escala SF – 12 v2 es una escala genérica capaz de replicar los resultados de la versión original SF – 36 en esta enfermedad, con la ventaja de disminuir el tiempo de administración y por ende ha mejorado su aceptación ⁽¹⁹⁾.

En el presente trabajo se pretende evaluar la calidad de vida en la población mexicana de sobrevivientes de EVC, ya que actualmente no existe un estudio que valore la calidad de vida con escala SF – 12 v2 y valore los años de vida ajustados a calidad, lo cual permitiría realizar comparaciones de la calidad de vida con grupos de pacientes con distintas patologías. Esto no puede ser realizado con los estudios previos que presentan evaluaciones con escalas específicas.

Es aún escasa la información acerca de la calidad de vida en los pacientes sobrevivientes a un EVC de la población mexicana y que recibieron rehabilitación, por lo que se pretende contribuir a

la evidencia actual con la finalidad de que pueda ser útil en la toma de decisiones y organización del sistema de salud implicado en la atención de los pacientes sobrevivientes de EVC.

IV Pregunta de Investigación

¿Cuál es la calidad de vida, de los pacientes sobrevivientes a un EVC y los factores relacionados a ésta en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte del IMSS?

V Objetivo General

Evaluar la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un EVC.

Determinar los factores que tienen impacto en la calidad de vida en los pacientes sobrevivientes a un EVC.

Objetivos Particulares.

- Evaluar la calidad de vida con el uso de la escala SF – 12 v2
- Evaluar la calidad de vida con el uso de la escala EuroQol
- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes: edad, estado civil, escolaridad y ocupación actual y si existe relación de éstas con la calidad de vida
- Conocer el tiempo de evolución transcurrido desde el EVC y si existe relación con la calidad de vida
- Determinar el número de pacientes que recibieron rehabilitación y el inicio de ésta posterior a la fecha del EVC y si existe relación con la calidad de vida
- Determinar la frecuencia del tipo de EVC y si existe relación con la calidad de vida
- Determinar los factores funcionales: nivel de discapacidad con escala de Rankin modificada, lado afectado, presencia de afasia, disfagia, distribución topográfica de la paresia y si existe relación con la calidad de vida
-

VI Hipótesis general

El 90% de los pacientes con EVC tendrán una mala calidad de vida manifestada por puntuaciones menores a 50 los resultados de los componentes sumarios físico (CSF) y mental (CSM) en la evaluación con el cuestionario SF – 12 v2. Así como una puntuación menor a 50 en la escala Euro QoL5D.

Los factores relacionados a una mala calidad de vida serán: mayor edad, menor nivel de escolaridad, ocupación actual desempleado, tipo de EVC hemorrágico, no haber recibido tratamiento de rehabilitación, mayor nivel de discapacidad, presencia de afasia y disfagia.

VII Material y Métodos

VII.1 Diseño

Estudio transversal, observacional y descriptivo.

VII.2 Sitio

Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte. Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Distrito Federal. Instituto Mexicano del Seguro Social, col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, México, DF.

VII.3 Período

Marzo a Junio del 2018

VII.4 Material

Hoja de recolección de datos, escalas de evaluación SF-12 y EuroQol 5D, hoja de consentimiento informado, plumas y tablas para aplicación de cuestionario.

Expedientes clínicos en físico del archivo general de consulta externa de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.

Computadora personal.

VII.4.1 Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Pacientes de ambos géneros
- Mayores de 30 años Con diagnóstico de evento vascular cerebral (Hemorrágico o isquémico)
- Derechohabientes del IMSS
- Colaboración voluntaria
- Primer EVC
- Tiempo mínimo de 3 meses a partir del EVC

Criterios de no inclusión

- Accidentes vasculares previos.
- Demencia.
- Hemiplejía bilateral
- Ausencia de alteraciones motoras
- Pacientes que nieguen su participación en el estudio

Criterios de eliminación

- Individuos que no completen la encuesta

VII.5 Métodos

VII.5.1 Técnica de muestreo

Muestreo no aleatorizado de casos consecutivos de pacientes que reciban o hayan recibido atención por el personal de salud en la UMFRN y de expedientes clínicos.

VII.5.2 Cálculo del tamaño de muestra

Se utilizará la fórmula para determinar el tamaño de muestra de una proporción:

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

n = tamaño de la muestra

$Z_{\alpha}^2 = 1.96$ al cuadrado si la seguridad es del 95%

$z = 1.96$

p = proporción estimada del parámetro poblacional

0.90

q = proporción de pacientes sin la característica esperada (1 - p)

.10

d = margen de error al cuadrado

d = 0.05

$$Z_{\alpha}^2 = 3.8416$$

$$p = .90$$

$$d^2 = 0.0025$$

$$q = .90$$

$$N = \frac{3.8416 * .90 * .10}{0.0025} = \frac{.345744}{0.0025} = 138$$

Tamaño de la muestra 138 pacientes

VII.5.3 Metodología

Se aplicaron los cuestionarios a pacientes por entrevistador de forma personal y telefónica a otros. Primero se identificarán pacientes que hayan cursado con un EVC y reciban o hayan recibido atención en áreas de consulta externa, terapia física de la UMFRN.

Si el paciente cumple criterios de inclusión se le explicará el propósito del estudio. Si acepta participar en el estudio se les otorgará la hoja de consentimiento informado.

VII.5.5 Descripción de variables

Independiente: Edad, género, nivel educativo, tiempo de evolución, tipo de EVC, ocupación, estado civil, estado civil, tiempo de inicio de la rehabilitación, presencia de disfagia y afasia.

Dependiente: Calidad de vida, componente sumario físico y componente sumario mental.

| Nombre | Tipo de variable y Nivel de medición | Definición conceptual | Definición operacional |
|---------------|--|--|--|
| Edad | Independiente Cuantitativa continua | Es el intervalo de tiempo estimado desde el día mes y año de nacimiento a la fecha. | Edad en años al momento de la evaluación, (mayor de 30 años) |
| Genero | Independiente Cualitativa nominal, dicotómica | Son las características genéticas, hormonales y fisiológicas que diferencian a los seres humanos en hombre y mujer. | Femenino Masculino |
| Ocupación | Independiente Cualitativa nominal | Oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de | Trabajo que desempeña en el momento de la entrevista |

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|---|
| | | estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas. | |
| Nivel educativo | Independiente, cualitativa ordinal. | Conjunto de cursos dedicados al estudio formal. | Sin escolaridad Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado |
| Estado Civil | Independiente, cualitativa nominal | Relación de unión de una pareja. Definición | Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre, otro. |
| Tipo de Enfermedad/ Evento Vascular Cerebral (EVC) | Independiente cualitativa nominal | Tipo de enfermedad vascular que provoca una lesión cerebral que se produce por irrupción del riego sanguíneo o por derrame sanguíneo (isquémico o hemorrágico) en el cerebro o alrededor de él. | Isquémico Hemorrágico Trombosis venosa Mixto |
| Tiempo de evolución desde el EVC | Independiente, Cuantitativa continua | Medida del tiempo que transcurre entre dos puntos cuantificable en número de meses o años de evolución con el padecimiento. | Tiempo en meses transcurridos desde el momento del EVC |
| Lateralidad | Independiente Cualitativa Nominal | Preferencia que muestran la mayoría de los seres humanos por un lado de su propio cuerpo, | Izquierda Derecha |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | determinado por el predominio que un hemisferio cerebral ejerce sobre el otro. | |
| Distribución topográfica de la debilidad | Independiente Cualitativa Nominal | Distribución anatómica en cuanto a segmentos del cuerpo afectados. | Hemiparesia Monoparesia |
| Atención de rehabilitación | Independiente cualitativa nominal. | Uso de servicios de salud de Medicina de rehabilitación, públicos o privados | Sí No |
| Tiempo de inicio de rehabilitación | Independiente, cuantitativa, ordinaria | Medida del tiempo que transcurre entre dos puntos cuantificable en número de meses o años de evolución con el padecimiento. | A partir del EVC el momento de ingreso a tratamiento rehabilitador. AGUDO: desde los primeros 7 días post EVC hasta cumplir los 30 días <ul style="list-style-type: none"> • SUBAGUDO: desde el 1er mes hasta los 12 meses post EVC. • CRONICO: mayor a un año del EVC. |
| Disfagia | Independiente, cualitativa, nominal | Dificultad en la deglución de alimentos o líquidos. Suele ser debida a un trastorno funcional, por alteración de los mecanismos motores de la deglución. También puede deberse a una lesión orgánica. Se manifiesta como una | Sí No |

| | | | |
|---------------|-------------------------------------|---|---|
| | | sensación no dolorosa de incomodidad para tragar, que puede estar situada en la boca, en la laringe o en el esófago. | |
| Afasia | Independiente, cualitativa, nominal | Pérdida completa o parcial del lenguaje, en sus funciones expresivas, receptoras o ambas, con conservación de la inteligencia y sin que haya lesiones en los órganos de fonación. | Sí No |
| Funcionalidad | Independiente, cualitativa, ordinal | Es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). | <p>Escala de Rankin Modificada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grado 0. Sin síntomas. - Grado 1. Síntomas menores. - Grado 2. Alguna limitación en el modo de vida. - Grado 3. Limitación significativa en el modo de vida. - Grado 4. Parcialmente dependiente. - Grado 5. Totalmente dependiente. - Grado 6. Muerto |

| | | | |
|----------------------------------|--|---|---|
| <p>Componente sumario mental</p> | <p>Dependiente Cuantitativa continua</p> | <p>Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.</p> | <p>Se realiza a partir de la suma ponderada de las 8 dimensiones, se hace una transformación líneal con una distribución media de 50 y DE de 10.</p> <p>Un resultado mayor de 50 (desviación estándar 10) es considerado como mejor estado de salud.</p> <p>Un resultado menor de 50 (desviación estándar 10) es considerado como peor estado de salud.</p> |
| <p>Componente sumario mental</p> | <p>Dependiente Cuantitativa continua</p> | <p>Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.</p> | <p>Se realiza a partir de la suma ponderada de las 8 dimensiones, se hace una transformación líneal con una distribución media de 50 y DE de 10.</p> <p>Un resultado mayor de 50 (desviación estándar 10) es considerado como mejor estado de salud.</p> <p>Un resultado menor de</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | 50 (desviación estándar 10) es considerado como peor estado de salud. |
|--|--|--|---|

VII.5.6 Recursos Humanos

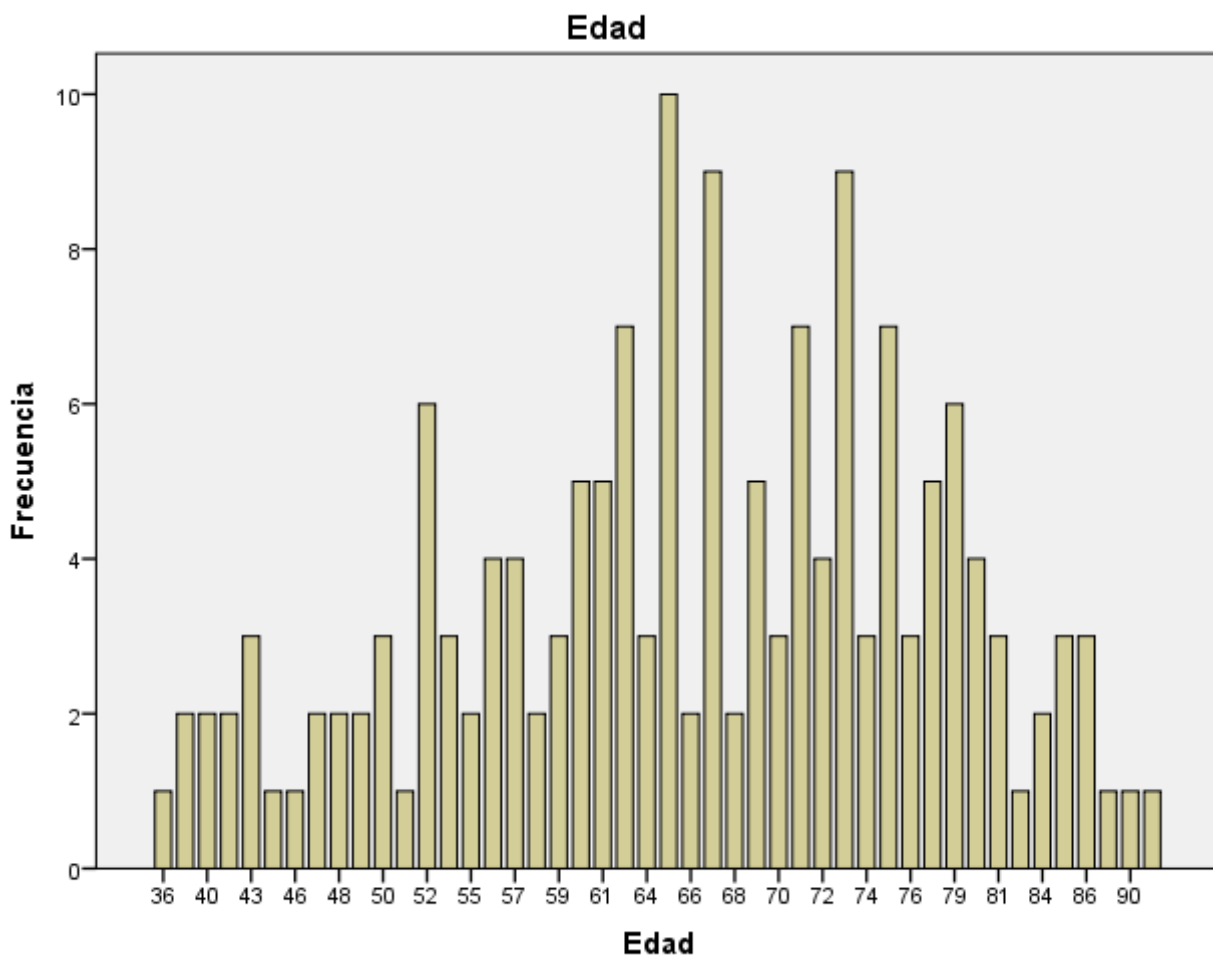
Médico residente de 3er año

Tutor e investigador responsable

VIII. Resultados

Para el presente estudio se aplicaron encuestas a 183 pacientes en el período de abril a junio del 2018, que recibían atención en la UMFRN. En el análisis de resultados se eliminaron 23 cuestionarios por no contar con información completa. Se realizó análisis estadístico con software SPSS 22.

Del total de pacientes encuestados, 86 correspondieron al sexo masculino (53.8%) y 74 al sexo femenino (46.3%).



Género

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Masculino | 86 | 53.4 | 53.8 | 53.8 |
| | Femenino | 74 | 46.0 | 46.3 | 100.0 |
| | Total | 160 | 99.4 | 100.0 | |
| Perdidos | Sistema | 1 | .6 | | |
| Total | | 161 | 100.0 | | |

La edad de presentación fue de un mínimo de 36 años a un máximo de 95 años, con una media de 65 años, mediana 67 años. En cuanto al estado civil 101 (62.7%) contaban con pareja o cónyuge (casado o unión libre) y 59 (37.3%) no (soltero, viudo o divorciado).

EstadoCivil

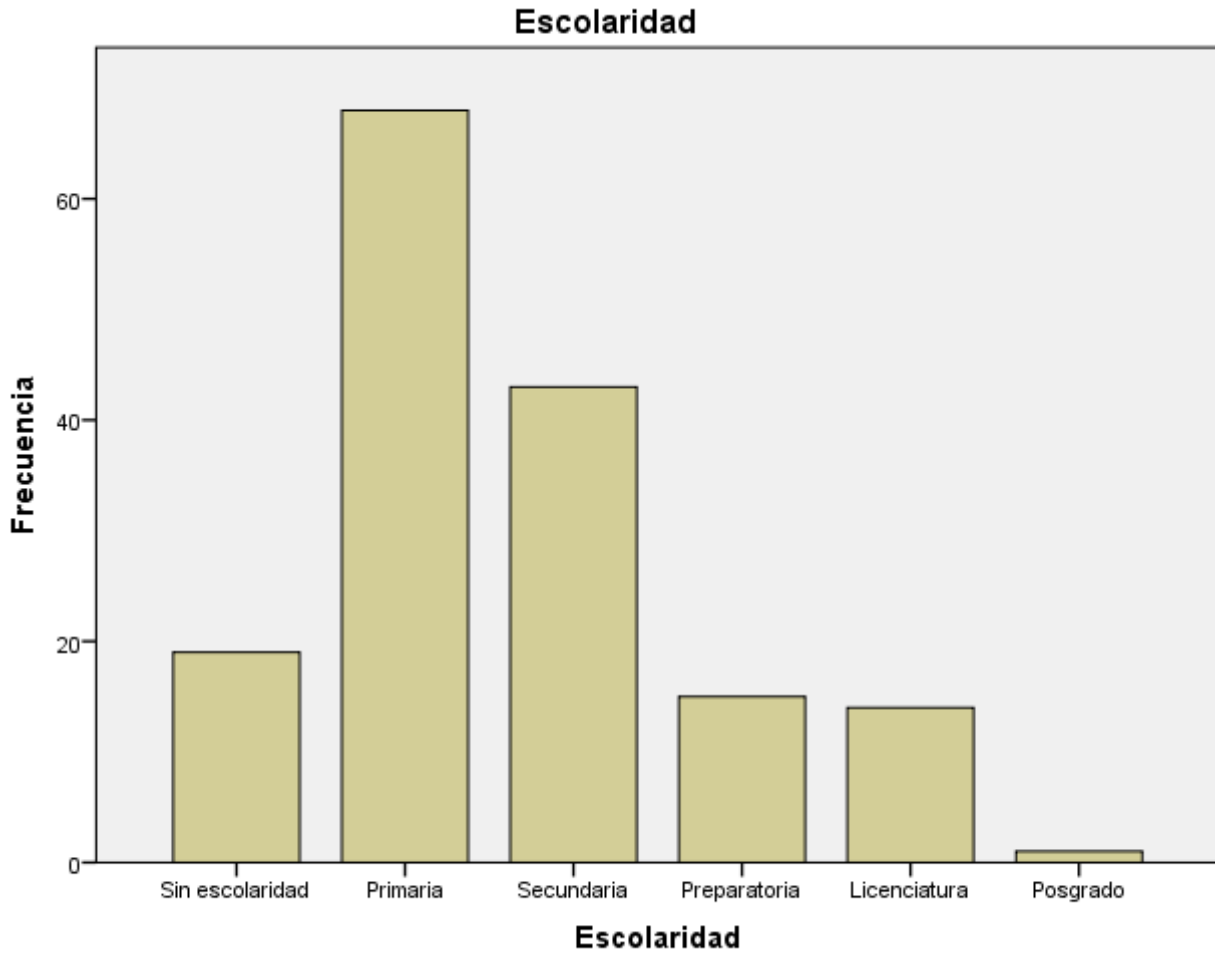
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Casado o unión libre | 101 | 62.7 | 62.7 | 62.7 |
| | Soltero, viudo o divorciado | 60 | 37.3 | 37.3 | 100.0 |
| Total | | 161 | 100.0 | 100.0 | |

La escolaridad encontrada en mayor frecuencia fue primaria con 68 (42.5%), seguida de secundaria 43 (26.9%).

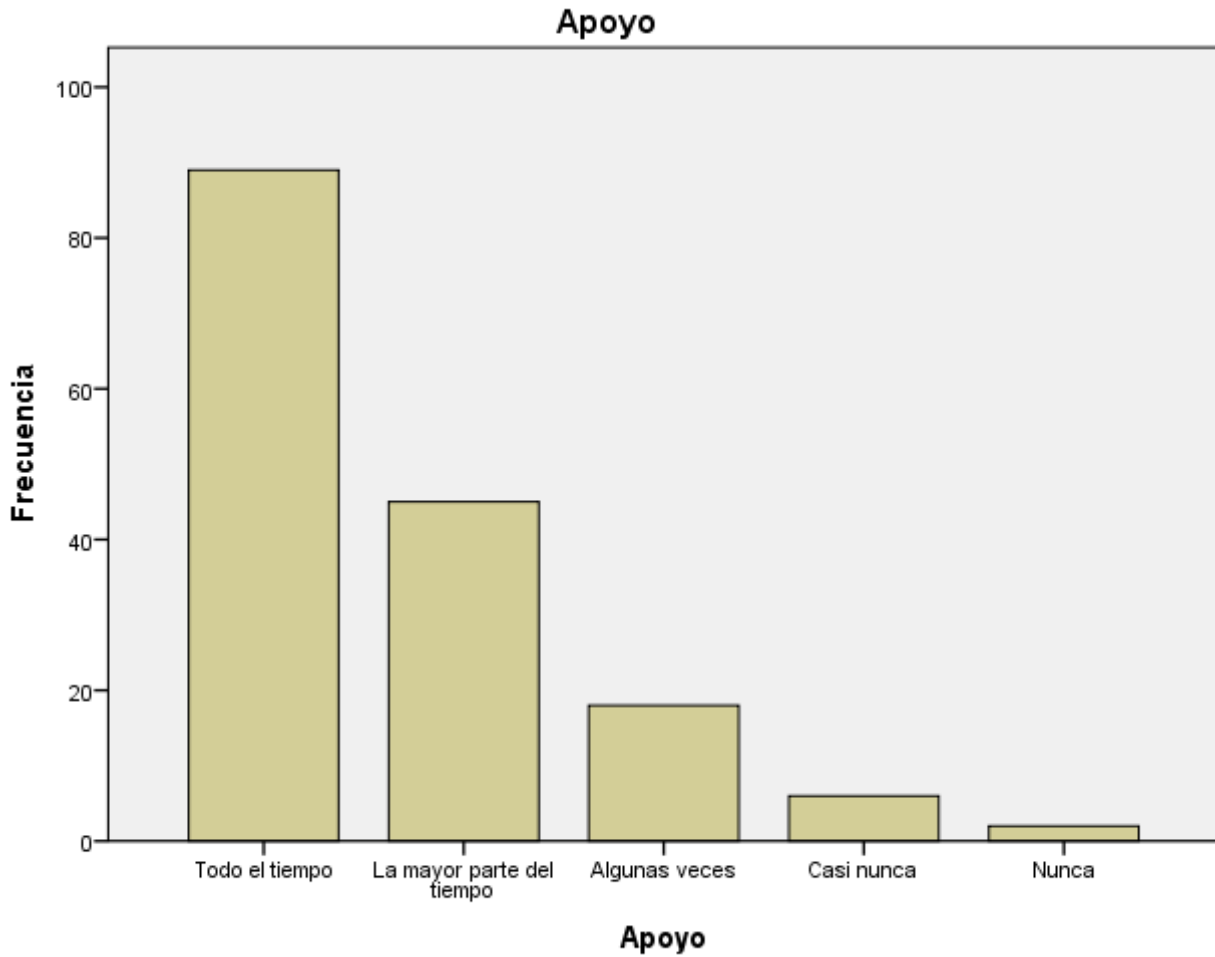
En la situación laboral la mayoría no desempeñaban ningún trabajo en la actualidad 141 (87.6%) contra 19 (11.9%) quienes estaban empleados.

Ocupación

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Empleado | 19 | 11.8 | 11.9 | 11.9 |
| | Desempleado | 141 | 87.6 | 88.1 | 100.0 |
| | Total | 160 | 99.4 | 100.0 | |
| Perdidos | Sistema | 1 | .6 | | |
| Total | | 161 | 100.0 | | |



El apoyo social (familiar y por amigos), 89 (55.3%) refirieron sentirse apoyados todo el tiempo, 45 (28%) la mayor parte del tiempo, 18 (11.2%) algunas veces, 6 casi nunca (3.7%) y 2 nunca (1.2%).



El tipo de EVC más frecuente fue de tipo isquémico 119 (73.9%), 41 hemorrágico (25.5%), ninguno refirió etiología de trombosis venosa.

Tipo de EVC

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Isquémico | 119 | 73.9 | 74.4 | 74.4 |
| | Hemorrágico | 41 | 25.5 | 25.6 | 100.0 |
| | Total | 160 | 99.4 | 100.0 | |
| Perdidos | Sistema | 1 | .6 | | |
| Total | | 161 | 100.0 | | |

La topografía predominante fue hemifasciocorporal (90.1%) y 14 (8.7%) tipo monoparesia.

Topografía

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Hemiparesia | 145 | 90.1 | 90.6 | 90.6 |
| | Monoparesia | 14 | 8.7 | 8.8 | 99.4 |
| | 3 | 1 | .6 | .6 | 100.0 |
| | Total | 160 | 99.4 | 100.0 | |
| Perdidos | Sistema | 1 | .6 | | |
| Total | | 161 | 100.0 | | |

El lado afectado 80 refirieron lado izquierdo (50%) y 80 lado derecho (50%). Asimismo 76 (47.5%) refirieron afección del lado dominante.

Se documentó frecuencia de disfagia en 26 (16.3%) y trastorno del lenguaje en 87 (54.4%).

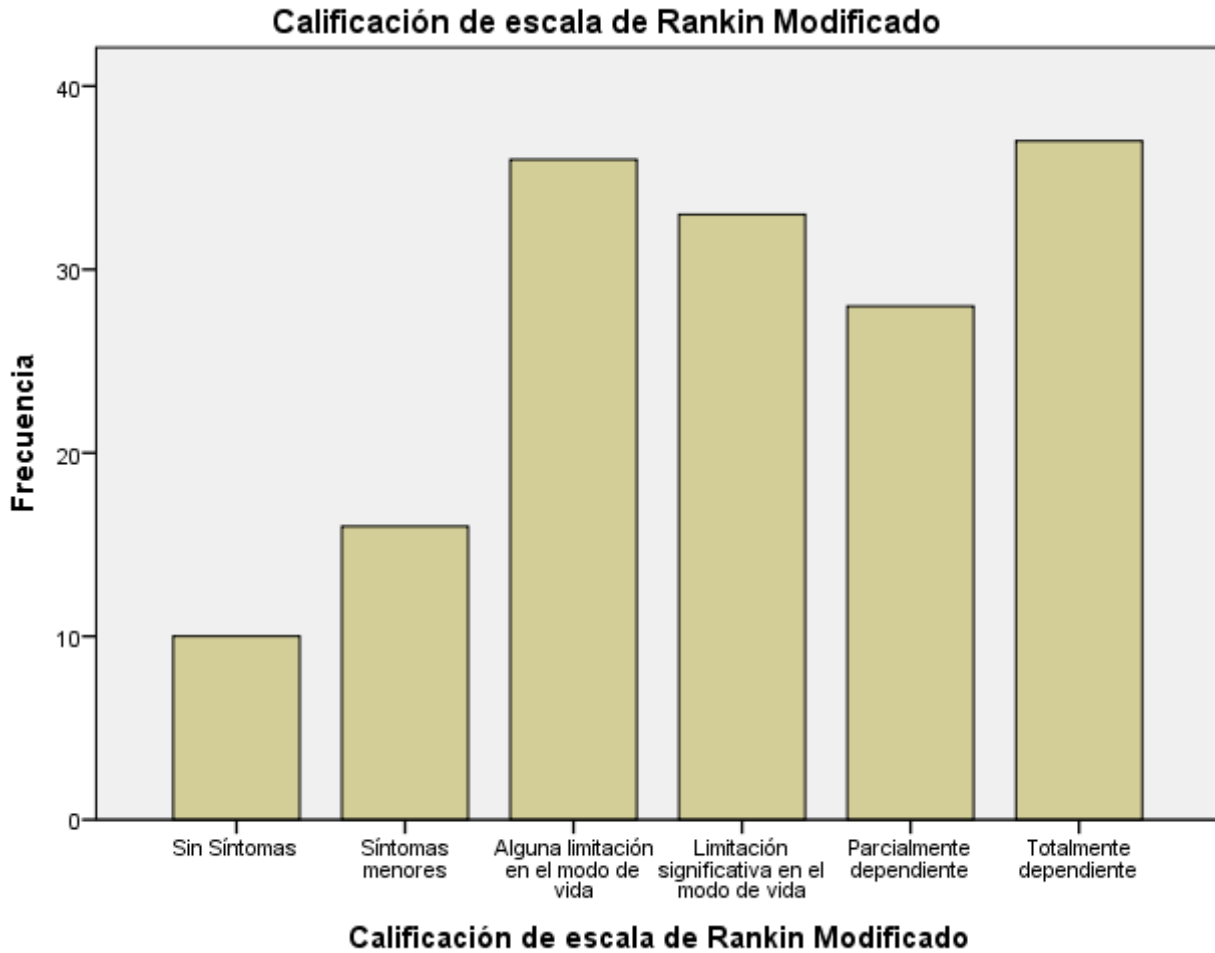
En la evaluación de la discapacidad con escala de Rankin modificada predominó el grado 2 (alguna limitación en el modo de vida) con 36 (22.5%).

Disfagia

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Sí | 26 | 16.1 | 16.3 | 16.3 |
| | No | 134 | 83.2 | 83.8 | 100.0 |
| | Total | 160 | 99.4 | 100.0 | |
| Perdidos | Sistema | 1 | .6 | | |
| Total | | 161 | 100.0 | | |

Trastorno Del Lenguaje

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Sí | 87 | 54.0 | 54.4 | 54.4 |
| | No | 73 | 45.3 | 45.6 | 100.0 |
| | Total | 160 | 99.4 | 100.0 | |
| Perdidos | Sistema | 1 | .6 | | |
| Total | | 161 | 100.0 | | |



El promedio de semanas desde el EVC hasta la primera intervención de rehabilitación fue de 11.9 semanas, con un rango desde 1.29 hasta 103.29 semanas y una mediana de 5.7 semanas.

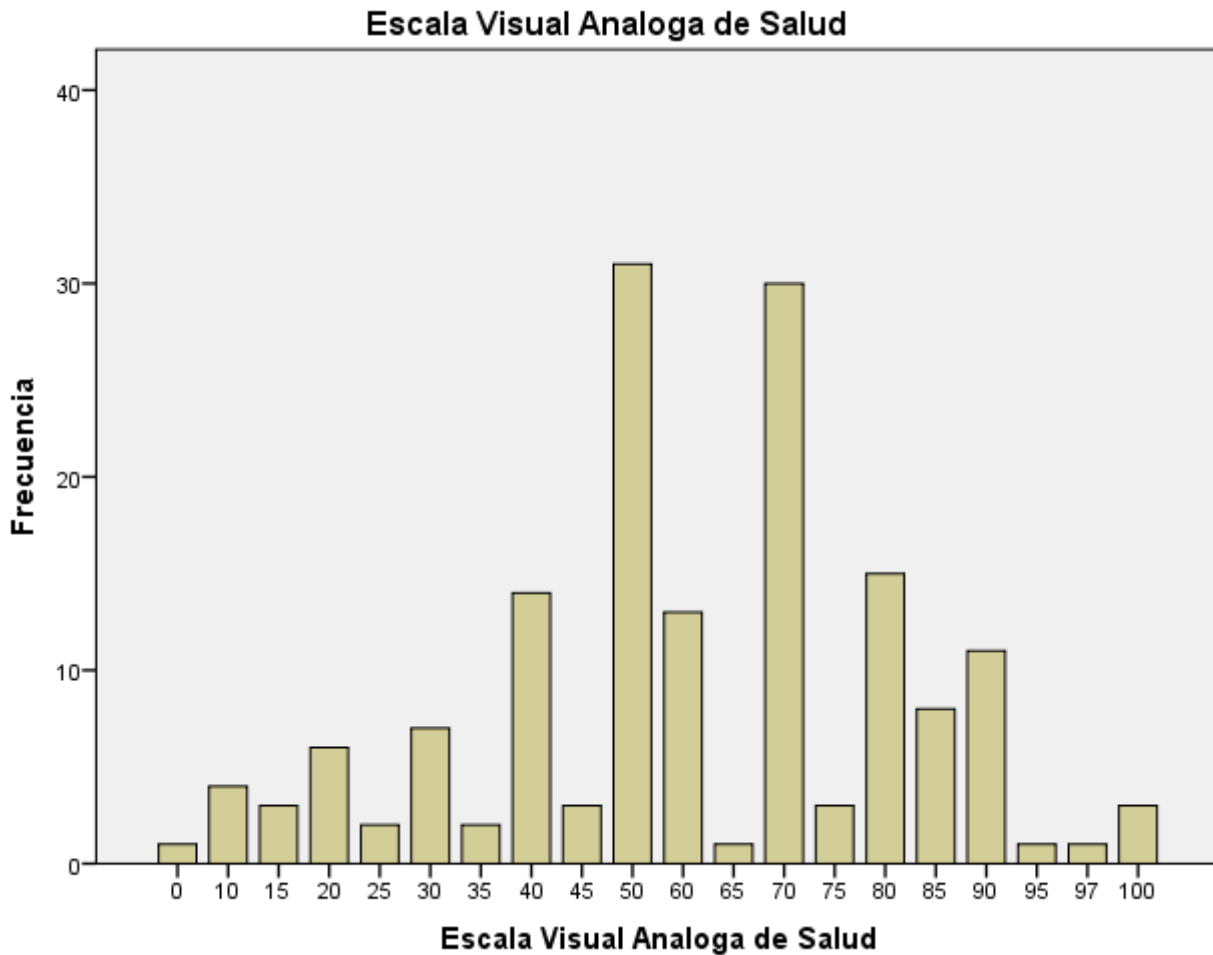
| Estadísticos descriptivos | | | | | |
|---|-----|--------|--------|---------|---------------------|
| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
| Edad | 160 | 36 | 95 | 65.57 | 12.282 |
| SemanasTranscurridasALa1aIntervenciónRehabilitación | 160 | 1.29 | 103.29 | 11.9503 | 17.40912 |
| N válido (por lista) | 160 | | | | |

En la evaluación de la escala EuroQol5D para calidad de vida se encontraron los siguientes resultados por rubro:

- Movilidad: La mayoría presenta problemas moderados para caminar (28.3%).

- Cuidado personal: Predominó sin para lavarse o vestirse (26.4%).
- Actividades cotidianas: No puede realizar actividades cotidianas (28.3%)
- Dolor o malestar: el 30.8% presentó dolor o malestar moderados.
- Ansiedad y depresión; La mayoría mencionó no estar ansioso ni deprimido (28.9%).

En la escala visual análoga el promedio fue de 58, mediana de 60 (de un puntaje del 0 – 100) con un rango de 10 a 100.



IX. Discusión

El EVC es una de las causas más frecuentes de discapacidad y de múltiples secuelas físicas, funcionales, psicológicas y sociales, generando una carga para la comunidad y la familia⁽²⁾. Se ha reportado que de los supervivientes de un EVC del 40 al 53% tendrán dependencia total o parcial a los seis meses, con una reducción este número hasta el 33% al final del primer año y manteniéndose así por cinco años consiguientes. A partir del primer año más de la mitad de estos pacientes se han reportado con déficit motor, y déficit cognitivo entre el 30 y 35% ⁽⁸⁾. Según el estudio de Carod y Egido 2009, la discapacidad permanece estable entre los 6 – 9 meses y los 5 años después del EVC. En cuanto a las causas más frecuentes de discapacidad a los 6 meses se encuentran la hemiparesia 50%, incapacidad para desplazamiento independiente 30%, afasia 19% y síntomas depresivos 35% ⁽⁹⁾. Lo cual concuerda con los resultados obtenidos, de los cuales hubo una relación entre la hemiparesia, comparado con monoparesia, con la calidad de vida. El peor resultado funcional corresponde a los pacientes con hemorragia intracerebral, según el registro INNN – SR, donde el 56.2% presentaron un resultado de >2 en la escala de Rankin modificada (discapacidad moderada a grave) a los 27 meses de seguimiento ⁽⁴⁾. En los resultados se encontró una relación significativa entre el grado de funcionalidad y la calidad de vida.

La mejoría en las tasas de supervivencia y el incremento en la esperanza de vida conllevan un crecimiento de la población de sobrevivientes de EVC con discapacidad ⁽¹⁰⁾. El mayor efecto de dicha enfermedad es causado por sus consecuencias a largo plazo tanto para los pacientes como para sus familias con alto coste humano y económico. Se han demostrado diversos determinantes de la calidad de vida en estos pacientes encontrando que los más frecuentes son: el grado de discapacidad, depresión ^(9,11) y la función cognitiva (sobre todo la atención y habilidad visoespacial)⁽¹²⁾. Se encontraron resultados similares en este estudio en relación a la depresión y el grado de discapacidad. La función cognitiva no fue evaluada. Por otro lado la edad se ha reportado en la mayoría de los estudios como factor no determinante, sin embargo, en este estudio sí se encontró relación entre edad avanzada y peor calidad de vida.

X. Conclusión

Los factores asociados a la calidad de vida fueron la edad, el grado de discapacidad, la topografía hemifasciocorporal y presencia de trastorno del lenguaje. Las áreas más afectadas en la calidad de vida fueron las de la salud física y en menor proporción del área emocional. Se corroboraron las hipótesis planteadas, se sugiere incluir la función cognitiva y evaluar factores sociales del cuidador que pudieran afectar la calidad de vida del paciente con EVC para futuros estudios.

XI. Referencias

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An Updated Definition of Stroke for the 21st Century: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* [Internet]. el 1 de julio de 2013;44(7):2064–89. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8362440
2. Global burden of stroke [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf?ua=1
3. www.healthdata.org/mexico.pdf [Internet]. Disponible en: <http://www.healthdata.org/mexico>
4. Marquez-Romero JM, Arauz A, Gongora-Rivera F, Barinagarrementeria F, Cantu C. The burden of stroke in Mexico. *Int J Stroke* [Internet]. 2015;10(2):251–2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24206581>
5. SINAVE/DGE/SALUD. Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Cerebrovasculares en México [Internet]. México; Disponible en: www.dgepi.salud.gob.mx
6. Guzmán-Jiménez F. Valoración de la calidad de vida en pacientes con evento vascular cerebral. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO; 2012.
7. Zenteno-Martínez S, Devesa-Gutierrez I, Pérez-Chavez E. FACTORES DE PRONÓSTICO FUNCIONAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL AL INGRESO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NORTE. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD; 2016.
8. Fernández-Concepción O, Fiallo-Sánchez MC, Álvarez-González MA, Roca MA, Concepción-Rojas M CL. La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus posibles factores determinantes. *Rev Neurol* [Internet]. 2001;32:725–31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11391507?dopt=Abstract>
9. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: The importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis*. 2009;27(SUPPL. 1):204–14.
10. Gunaydin R, Karatepe AG, Kaya T, Ulutas O. Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: A short-term follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. julio de 2011;53(1):19–23. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016749431000169X>
11. Carod-Artal J, Egido JA, Gonzalez JL, Varela de Seijas E. Quality of Life Among Stroke Survivors Evaluated 1 Year After Stroke : Experience of a Stroke Unit. *Stroke* [Internet]. 2000;31(12):2995–3000. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.STR.31.12.2995>
12. Cumming TB, Brodtmann A, Darby D, Bernhardt J. The importance of cognition to quality of

- life after stroke. *J Psychosom Res* [Internet]. 2014;77(5):374–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.08.009>
13. Mc EV, Mc CA. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2002;44(5). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n5/14035.pdf>
 14. Barron M. Evaluation of Measures Used to Assess Quality of Life After Stroke. *Nurs Times* [Internet]. 2015;88(10):32–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10926971>
 15. Tuesca-Molina R. La Calidad de Vida , su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte* [Internet]. 2005;21:76–81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81702108.pdf>
 16. Owolabi MO. Which is more valid for stroke patients: Generic or stroke-specific quality of life measures? *Neuroepidemiology*. 2010;34(1):8–12.
 17. Vilagut G, María J, Los CO. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España : componentes físico y mental. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2008;130(19):726–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13121076>
 18. Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Brugulat P, et al. Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 version 2 basadas en poblacion general de Catalunya. *Med Clin*. 2012;139(14):613–25.
 19. Pickard a S, Johnson J a, Penn a, Lau F, Noseworthy T. Replicability of SF-36 summary scores by the SF-12 in stroke patients. *Stroke*. 1999;30(6):1213–7.
 20. Torres-González R. Impacto económico y social de las enfermedades musculoesqueléticas en México. *Gac IMPACTAR* [Internet]. 2015;2–4:1–8. Disponible en: <http://www.impactar.mx/assets/gaceta3def.pdf>
 21. Adriana E, Amezquita O, Castillo LP. Análisis de la utilidad de los años de vida ajustados a calidad en la toma de decisiones costo-efectivas. *Rev CES Salud Pública*. 2011;Volumen 2,:218–26.
 22. Sassi F. Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations. *Health Policy Plan*. 2006;21(5):402–8.
 23. Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Brugulat P, et al. Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Med Clin (Barc)* [Internet]. diciembre de 2012;139(14):613–25. Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/quality-of-life-of-stroke-patients-and-their-caregivers-2329-9096-1000387.php?aid=85488>
 24. Lynch EB, Butt Z, Heinemann A, Victorson D, Nowinski CJ, Perez L, et al. A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships. *J Rehabil Med* [Internet].

2008;40(7):518–23. Disponible en:

<http://www.ingentaconnect.com/content/mjl/sreh/2008/00000040/00000007/art00003#>

25. Díaz-tapia V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo-muñoz A, Illanes-díez S. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico. 2008;46(11):652–5. Disponible en: <http://samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/200915.pdf>
26. Moon Y, Kim S-J, Kim H-C, Won M, Kim D. Correlates of quality of life after stroke. J Neurol Sci [Internet]. septiembre de 2004;224(1–2):37–41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022510X04001789>
27. Whitehead SJ, Ali S. Health outcomes in economic evaluation: The QALY and utilities. Br Med Bull. 2010;96(1):5–21.

Anexo 1: Consentimiento informado

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 de calidad de vida y años de vida ajustados a la calidad en sobrevivientes de evento vascular cerebral con escala SF -12 V2

Patrocinador externo (si aplica):

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Determinar el estado de calidad de vida de los pacientes que sufrieron un EVC

Procedimientos: Contestar un cuestionario al acudir a la consulta de valoración

Posibles riesgos y molestias: Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Mejoría en la organización de los servicios de salud

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El tesista se compromete a responder cualquier pregunta o aclarar cualquier duda que le plantee el participante de cualquier asunto relacionado a la investigación o tratamiento. Se informa al individuo que los resultados obtenidos son confidenciales.

Participación o retiro: Se respeta el derecho a no participar o retirarse del estudio en el momento que se desee. En cualquier caso, la atención que como paciente recibe en la institución no se verá afectada

Privacidad y confidencialidad: Se respeta a los lineamientos de ética de privacidad de cada paciente, no identificándose individualmente en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio.

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):

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:
Colaboradores:

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 1

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:

Anexo 2. Ficha de recolección de datos

Fecha:

| | |
|---|---|
| Nombre | NSS: |
| Edad: | Género (marque “X”): Masculino _____ Femenino _____ |
| Teléfono de casa: | Teléfono celular: |
| Escolaridad , último grado que obtuvo (marque “X”): Sin escolaridad _____ Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____ Licenciatura _____ Posgrado _____ | Estado civil: (marque “X”): Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Otro. |
| Ocupación actual (marque “X”): : Empleado _____ Desempleado _____ | Tipo de EVC (marque “X”): : Isquémico _____ Hemorrágico _____ Trombosis venosa _____ |
| Fecha del EVC: _____ | Recibió rehabilitación (marque “X”): Si No |
| Lateralidad (marque “X”): Diestro _____ Zurdo _____ Lado afectado: Izquierdo _____ Derecho _____ Distribución de debilidad (marque “X”): La mitad del cuerpo (hemiparesia) _____ Sólo un brazo (monoparesia) _____ Sólo una pierna (monooparesia) _____ | Tiempo de inicio de rehabilitación (marque “X”): Desde los primeros 7 días después del EVC hasta cumplir los 30 días _____ Desde el 1er mes hasta los 12 meses después del EVC _____ Después de un año del EVC _____ |
| Necesita de dieta blanda o líquida por sensación de incomodidad o dificultad para tragar los alimentos: Sí _____ No _____ | Diagnóstico de afasia (trastorno del lenguaje) realizado por un médico durante el curso del EVC a la actualidad: Sí _____ No _____ |

Funcionalidad: Circule el número que más se acerque a su estado actual en estos momentos:


| Grado | Situación funcional | Respuestas al cuestionario |
|-------|---|--|
| 0 | Sin síntomas | No tengo síntomas y me defiendo bien en la vida |
| 1 | Síntomas menores | Tengo pocos síntomas y no interfieren en mi modo de vida |
| 2 | Alguna limitación en el modo de vida | Tengo síntomas que han cambiado mi modo de vida, pero todavía soy capaz de cuidarme |
| 3 | Limitación significativa en el modo de vida | Tengo síntomas que han cambiado significativamente mi vida y hacen que necesite ayuda para el cuidado personal |
| 4 | Parcialmente dependiente | Tengo síntomas bastante graves que hacen que necesite ayuda de otras personas, pero no estoy tan mal como para necesitar ayuda todo el día |
| 5 | Totalmente dependiente | Tengo síntomas graves que me convierten en un discapacitado y necesito atención constante todo el día |
| 6 | Muerto | |


Anexo 3.

Cuestionario Calidad de Vida SF-12v2TM

(SF – 12 V2 Standard, US Version 2.0)

Instrucciones: Esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted. Si necesita cambiar una respuesta borre correctamente la marca y entonces llene el espacio correcto, si no está seguro de alguna respuesta, por favor conteste la que más se acerque a su estado actual.

Sombree el cuadrado así  Marque sólo una respuesta. Por favor no marque fuera de los recuadros.

Incorrecto:  

| | Excelente | Muybuena | Buena | Deficiente | Pobre |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|---|
| 01. en general diría que su salud es? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día típico. Tiene limitación para esas actividades? si es así, cuánto?</i> | Si, Me limita mucho | Si, Me limita un poco | No, no me limita en absoluto | | |
| 02. actividades moderadas como mover una mesa Barrer o jugar con una pelota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 03. Subir tramos largos de escaleras | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| <i>Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en actividades diarias a causa de su salud física?</i> | todo el tiempo | la mayoría del tiempo | algunas veces | pocas veces | ninguna vez |
| 04. ha logrado hacer menos de lo que quisiera? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 05. se limitó en el trabajo o actividades diarias? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes Problemas con el trabajo o actividades diarias regulares a causa De algun problema emocional (como ansiedad o depresión)?</i> | todo el tiempo | la mayoría del tiempo | algunas veces | pocas veces | ninguna vez |
| 06. ha logrado hacer menos de lo que quisiera? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 07. se limitó en el trabajo o actividades diarias? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 08. Durante las últimas 4 semanas ¿cuanto ha dificultado El dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo Normal como sus actividades en el hogar)? | nunca <input type="radio"/> | pocas veces <input type="radio"/> | moderadamente <input type="radio"/> | bastante <input type="radio"/> | extremadamente <input type="radio"/> |
| <i>Estas preguntas se refieren a como se siente y como han sido las cosas para usted en las últimas 4 semana Para cada pregunta Por favor dar la respuesta que mas se acerca a como se ha sentido. ¿Que parte del tiempo durante las 4 últimas semanas?</i> | todo el tiempo | la mayoría del tiempo | algunas veces | pocas veces | ninguna vez |
| 09. Se ha sentido tranquilo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Tuvo mucha energía? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Se ha sentido desanimado y deprimido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo su salud Física ha interferido con sus actividades sociales (Vistar amigos familiares, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ANEXO 4.

EUROQOL 5D-5L

Mexico (Spanish) © 2015 EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation

INTRODUCCIÓN AL EQ-5D

(Nota para el entrevistador: por favor lea lo siguiente al encuestado)

Estamos tratando de averiguar lo que usted piensa de su salud. Primero le haré algunas preguntas sencillas sobre su salud HOY. Luego le pediré que evalúe su salud en una escala. Le explicaré lo que tiene que hacer a medida que avanzamos, pero sírvase a interrumpirme si no entiende algo o no le queda claro. Por favor, recuerde también que no hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo nos interesa su opinión particular.

SISTEMA DESCRIPTIVO DEL EQ-5D: INTRODUCCIÓN

Primero leeré algunas preguntas. Cada una de ellas tiene cinco posibles respuestas. Por favor, dígame cual de las respuestas describe mejor su salud HOY. No elija más de una respuesta en cada grupo de preguntas.

(Nota para el entrevistador: es recomendable recordarle con frecuencia al encuestado que el marco temporal es HOY. Además puede ser necesario repetir las preguntas literalmente)

SISTEMA DESCRIPTIVO EQ-5D

MOVILIDAD

En primer lugar me gustaría preguntarle acerca de la movilidad. ¿Diría usted que:

- No tiene problemas para caminar?**
- Tiene problemas leves para caminar?**
- Tiene problemas moderados para caminar?**
- Tiene problemas graves para caminar?**
- No puede caminar?**

(Nota para el entrevistador: marque la casilla apropiada en el EQ-5D)

CUIDADO PERSONAL

A continuación me gustaría preguntarle acerca del cuidado personal. ¿Diría usted que:

- 1. No tiene problemas para lavarse o vestirse?**
- Tiene problemas leves para lavarse o vestirse?**
- Tiene problemas moderados para lavarse o vestirse?**
- Tiene problemas graves para lavarse o vestirse?**
- No puede usted lavarse o vestirse?**

(Nota para el entrevistador: marque la casilla apropiada en el EQ-5D)

ACTIVIDADES COTIDIANAS

A continuación me gustaría preguntarle acerca de sus actividades cotidianas; por ejemplo, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o recreativas. ¿Diría usted que:

- 1. No tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas?**
- 2. Tiene problemas leves para realizar sus actividades cotidianas?**
- 3. Tiene problemas moderados para realizar sus actividades cotidianas?**
- 4. Tiene problemas graves para realizar sus actividades cotidianas?**
- 5. No puede usted realizar sus actividades cotidianas?**

(Nota para el entrevistador: marque la casilla apropiada en el EQ-5D)

DOLOR / MALESTAR

A continuación me gustaría preguntarle acerca del dolor o malestar. ¿Diría usted que:

- 1. No tiene dolor ni malestar?**
- 2. Tiene dolor o malestar leves?**
- 3. Tiene dolor o malestar moderados?**
- 4. Tiene dolor o malestar fuertes?**
- 5. Tiene dolor o malestar extremos?**

(Nota para el entrevistador: marque la casilla apropiada en el EQ-5D)

UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación
"Dr. Victorio de la Fuente Narváez"
Ciudad de México, IMSS.

ANSIEDAD / DEPRESIÓN

Finalmente me gustaría preguntarle sobre la ansiedad o depresión. ¿Diría usted que:

- 1. No está ansioso ni deprimido?**
- 2. Está levemente ansioso o deprimido?**
- 3. Está moderadamente ansioso o deprimido?**
- 4. Está muy ansioso o deprimido?**
- 5. Está extremadamente ansioso o deprimido?**

(Nota para el entrevistador: marque la casilla apropiada en el EQ-5D)

La mejor salud
que se pueda
imaginar

EVA del EQ: INTRODUCCIÓN

(Nota para el entrevistador: si es posible, podría ser útil enviar una ayuda visual (es decir, la EVA del EQ) antes de la llamada telefónica, de manera que los encuestados puedan tenerla delante cuando realicen esta tarea)

Ahora, me gustaría pedirle que diga qué tan buena o mala es su salud el día de HOY.

Por favor imagine una escala parecida a un termómetro. ¿Se lo imagina? La mejor salud que se pueda imaginar se marca con un 100 (cien) en la parte superior de la escala, y la peor salud que se pueda imaginar se marca con un 0 (cero) en la parte inferior.

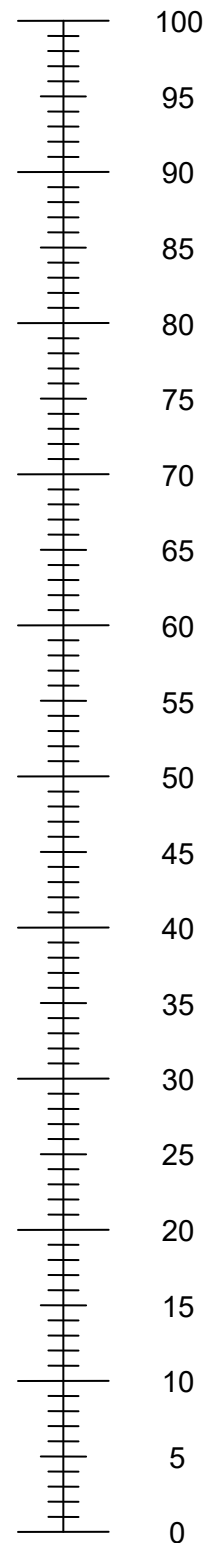
EVA del EQ: TAREA

Ahora me gustaría que me dijera el punto de esta escala en el que situaría su salud hoy.

(Nota para el entrevistador: marque en la escala el punto que indica la "salud de hoy" del encuestado. Ahora, escriba en la casilla que encontrará a continuación el número que ha marcado en la escala)

EL ESTADO DE SALUD DEL ENTREVISTADO HOY

Gracias por responder a estas preguntas.



La peor salud
que se pueda
imaginar