

107



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**"DEPENDENCIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD
VASCULAR CEREBRAL Y CONOCIMIENTOS
DEL FAMILIAR SOBRE SU CUIDADO"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

MARTHA ARACELI ROJAS VÁSQUEZ

CON NÚMERO DE CUENTA **Enfermería y Obstetricia**
09853790-7 **Coordinación de**

Servicio Social



DIRECTORA DE TESIS: MTRA. CRISTINA MÜGGENBURG R. V.
ASESOR CLÍNICO: DRA. EVANGELINA GONZÁLEZ FIGUEROA

MEXICO, DF.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A los profesores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por haberme formado como profesionista y haber compartido conmigo sus experiencias y conocimientos.

A la Coordinación de Salud Comunitaria del IMSS, y a todo el personal que la conforman, por otorgarme todo el apoyo para la realización de este trabajo, y en especial la Dra. Evangelina y a la Dra. Isolina Fuentes Canseco, por dedicarme parte de su tiempo, para la elaboración de este trabajo.

A mi asesora la Mtra. Cristina Muggenburg, por su valiosa ayuda y sobre todo por ser una magnífica persona y profesionista de Enfermería, que me enriqueció mucho.

... General de Dirección
... en formato electrónico e impreso
... de mi trabajo recepcional

...: Martha Araceli
Rojas Vázquez
... 13-Abr-02
... ///

DEDICATORIAS

A Dios:

Por haberme permitido culminar una etapa más de mi vida profesional y por medio de esta concederme el arte de servir.

A mis padres:

Por su gran capacidad de esfuerzo para formarme y educarme, pero sobre todo por el amor incondicional y ejemplo que me han brindado.

A mis amistades:

Por darme su valiosa amistad, apoyo, consejos y por haber tenido la fortuna de recorrer al lado de ellos, obstáculos y triunfos, que nos puso la vida. En especial a Letty y a la Dra Sylvia, por estar ahí cuando más lo necesitaba.

Y

A los pacientes y sus familiares por darme la oportunidad, de aprender y reflexionar con ellos acerca de la etapa por la que cursan.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
I. MARCO DE REFERENCIA.....	2
1. <i>PATOLOGÍA</i>	2
2. <i>REHABILITACIÓN PRECOZ DE LA EVC</i>	6
3. <i>PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA EVC</i>	15
II. ANTECEDENTES.....	30
III. JUSTIFICACIÓN.....	38
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	39
V. OBJETIVOS.....	40
VI. MATERIAL Y METODOS.....	41
VII. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	44
VIII. RESULTADOS.....	51
IX. DISCUSIÓN.....	58
X. CONCLUSIONES.....	63
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	73

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Cerebro Vascular (EVC), es un problema sanitario de primer orden por su alta frecuencia ya que en nuestro país ocupa el sexto lugar de mortalidad esto, aunado al envejecimiento cada vez mayor de la población, hace que la incidencia aumente, sin embargo el problema no sólo radica en la alta incidencia y mortalidad sino también por su gran morbilidad ocasionando un impacto tanto en el enfermo como en el ambiente familiar y social ya que origina discapacidades funcionales severas, que condicionan la aparición de complicaciones o enfermedades secundanas, consumiendo los recursos económicos y humanos debido a las estancias prolongadas y reingresos hospitalarios frecuentes.

La mayoría de estudios señalan que el cuidado de las personas ancianas discapacitadas es asumido generalmente por el medio familiar. La atención de enfermería contempla medidas rehabilitadoras que favorecen en lo más posible la independencia del enfermo o mejoran su calidad de vida. Para la enfermera, el cuidado de personas con diferentes grados de dependencia, sea transitorio o permanente, obliga a integrar en el plan de alta a la familia para optimizar los resultados previniendo así las rehospitalizaciones o demandas de atención innecesarias y complicaciones desagradables que ponen en riesgo tanto el bienestar del enfermo como el de la familia

Sin embargo no se han encontrado investigaciones que revelen, aspectos sobre la información o formación que se le brinda al familiar, para el cuidado del paciente dependiente al egresar del hospital. Por lo que este estudio pretende identificar las características del paciente con EVC al egresar del Hospital en función de sus variables grado de dependencia y conocimientos que tiene su familiar sobre su cuidado, con el objetivo de que personal de enfermería conozca las necesidades de los pacientes con este tipo de diagnóstico y de sus familiares y pueda así planear nuevas estrategias para el alta hospitalaria. En primer lugar se expone el marco de referencia y antecedentes que fundamentan la investigación, en segundo lugar se presenta la metodología, y en tercer lugar se manifiestan los resultados que arroja la investigación, discusión de los resultados y conclusiones.

I. MARCO DE REFERENCIA

1. PATOLOGÍA.

DEFINICIÓN

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) es la presencia de manifestaciones clínicas neurológicas, focales o globales, de comienzo súbito y que aparece como consecuencia de alteraciones de la circulación cerebral, producida por la interrupción total o parcial del flujo sanguíneo (EVC isquémico), o bien por una hemorragia en el propio cerebro o en sus envolturas (EVC hemorrágico).¹

CLASIFICACIÓN DE LA EVC

Los criterios para la subclasificación de los diferentes tipos de EVC no han sido establecidos, y varían según las diferentes publicaciones. La clasificación más simple de la EVC es la siguiente:

Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica

Este tipo de EVC ocurre cuando una arteria que suministra sangre al cerebro queda bloqueada, reduciendo o interrumpiendo repentinamente el flujo de sangre con la consiguiente disminución de aporte de oxígeno, da lugar a zonas focales y diferenciadas de isquemia e hipoxia celular, que en último lugar derivará a necrosis o infarto cerebral (muerte del tejido cerebral), aproximadamente un 80% de todas las EVC son de tipo isquémico. Los coágulos de sangre son la causa más común de bloqueo arterial y de infarto cerebral, los problemas de coagulación se hacen más frecuentes a medida que las personas avanzan en edad. En este grupo de EVC isquémica se encuentra la Isquemia Cerebral transitona (ICT), la EVC trombótica, embólica y la enfermedad lacunar.^{2, 3, 4}

La EVC de tipo Trombótica, ocurre cuando una arteria del cerebro está bloqueada en la mayoría de los casos por placas (una mezcla de sustancias grasas, incluyendo el *colesterol* y otros lípidos) y coágulos sanguíneos que permanecen fijos a lo largo de la pared arterial

(trombo), hasta que aumenta de tamaño ocasionando estenosis o estrechamiento de la arteria suficiente para bloquear el flujo de sangre al cerebro.

La EVC de tipo Embólica, generalmente ocurre cuando un coágulo que se forma en otro sitio del cuerpo fuera del cerebro (embolo) puede trasladarse a través de los vasos sanguíneos y quedar atrapado en una arteria cerebral, este émbolo a menudo se forma en el corazón. Y la *Enfermedad lacunar* que proviene de la palabra francesa "lacune" significa "laguna" o "cavidad", esta se produce debido a una enfermedad de vasos pequeños, que desarrolla un infarto muy pequeño, producido por la oclusión de ramas penetrantes de las principales arterias cerebrales, este tipo de enfermedad suele ocurrir con más frecuencia en personas hipertensas y diabéticas.^{2,3,4}

Enfermedad Vascul ar Cerebral Hemorrágica:

Cerca de 20% de las EVC ocurren de una hemorragia súbita en el cerebro. Casi más de la mitad de estos sucesos ocurren en los tejidos cerebrales y se conocen como una hemorragia del parénquima o una hemorragia cerebral. La hemorragia del parénquima generalmente es el resultado de la hipertensión combinada con la aterosclerosis que da lugar a la presión excesiva sobre las paredes del vaso sanguíneo. El otro tipo de EVC hemorrágica ocurre en los tejidos alrededor del cerebro y se conoce como una hemorragia subaracnoidea esta generalmente es causada por la ruptura de un aneurisma, una pared de vaso sanguíneo debilitada, y a menudo es un rasgo hereditario.⁵

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de tipo motor, perceptivo y conductista de la EVC se clasifican a menudo como derecha o izquierda. En la tabla 1 se presenta en forma resumida las diferencias que existen entre una EVC derecha y una izquierda.^{6,7}

Cualquiera que sea el tipo de EVC o su gravedad, es probable que el paciente presente debilidad en los miembros. También puede presentar déficit, de memoria, de comunicación, visual y cognitivo. Aún más es posible que atraviese crisis de llanto o de risa y que se cansé fácilmente.⁸

Tabla 1 Diferencias entre una EVC izquierda y una EVC derecha.

EVC Izquierda	EVC Derecha
Hemiparesia (debilidad) o hemiplejía (parálisis) en la parte derecha del cuerpo	Hemiparesia o hemiplejía en la parte izquierda del cuerpo
Comportamiento lento y cauteloso	Comportamiento rápido e impulsivo
Déficit en el habla / lenguaje	Déficit espacial/perceptual, agnosia (descuido del lado izquierdo, ya que lo ignora)
Desequilibrios emocionales	Respuesta emocional vaga
Afasia, agrafia (dificultad para escribir), alexia (dificultad para leer y comprender el lenguaje escrito); falta de una habla autónoma y funcional	Problemas con la sintaxis, estructura, identificación de temas y relación entre las partes
Alexia numérica; dificultad con las matemáticas, problemas analíticos, y con la formación de conceptos.	Detenoro de la fluidez musical y de la capacidad artística

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico se basa principalmente de un examen neurológico completo, con énfasis en la valoración del nivel de conciencia, de la respuesta pupilar, de la función motora, de los reflejos, de la función sensitiva y de los signos vitales.⁹ Sin embargo es también importante solicitar exámenes completos de laboratorio, una tomografía axial computada, resonancia magnética, panangiografía de carótida para observar el árbol vascular cerebral y doppler transcraneal, que mide el flujo sanguíneo cerebral.¹⁰

TRATAMIENTO

El tratamiento de primera instancia se basa en el manejo de las condiciones agudas asociadas, tales como la reducción de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), control de la dificultad respiratoria, uso de antibióticos en caso de broncoaspiración o datos de bronconeumonía, neuroprotección y control del edema cerebral. De acuerdo a su evolución el paciente puede pasar a la fase de recuperación, en la que necesita de otros cuidados como es el control estricto de los cambios hemodinámicos y respiratorios, manejo de problemas de índole psicológica en la fase post-isquémica y manejo de su rehabilitación.

Al egreso de la unidad hospitalaria el paciente debe llevar un plan definido, de medidas farmacológicas, dieta, terapia de rehabilitación, apoyo médico, manejo del aspecto psiquiátrico en caso de secuela, o los aspectos geriátricos concomitantes en caso de tratarse de un adulto mayor.¹¹

2. REHABILITACIÓN PRECOZ DE LA EVC

La rehabilitación está dirigida a restaurar las habilidades perdidas, mejorar la calidad de vida y reducir los costes económicos a largo plazo. La oportuna identificación de problemas que incapaciten al paciente, un plan de rehabilitación global y la participación activa tanto del paciente como de la familia y de un equipo interdisciplinario son importantes para el éxito del tratamiento de la EVC. En el proceso de rehabilitación también se incluye la prevención y el diagnóstico precoz de las complicaciones, así como la educación de la familia respecto a las medidas a tomar para prevenir recurrencias.

El objetivo de la rehabilitación es la obtención de la máxima independencia del paciente, tanto física como en las actividades de la vida diaria, así como su reintegración en la familia y su reinserción social.¹² Abarca desde los cuidados en la fase aguda hasta el proceso de readaptación.

La rehabilitación tiene un papel destacado en la fase aguda de la EVC, está demostrado por expertos que la iniciación temprana del tratamiento rehabilitador (entre las primeras 24-48 horas), mejora el resultado funcional.¹³

También existen otros justificativos para la iniciación temprana de la rehabilitación en el curso de la parálisis completa, por ejemplo, para prevenir complicaciones evitables tales como la depresión, úlceras por presión, patrones anormales de movimiento, deformidades etc. La fisioterapia se comienza generalmente tan pronto el paciente está estable, tan poco como dos días después de la EVC.¹⁴ Uno de los aspectos que también influyen más en la eficacia del tratamiento, según, cuatro meta-análisis apoyan, aseguran que el enfoque interdisciplinario se relaciona con un mejor resultado funcional. En estos estudios un abordaje interdisciplinario se define como aquel en que los profesionales que proporcionan el tratamiento constituyen un equipo, se comunican, se reúnen de forma regular y fijan metas comunes.¹⁵

El fisioterapeuta, ya desde los primeros días, es el encargado de lograr una correcta postura del paciente en la cama e incrementar la estimulación sensorial. Al cabo de unos pocos días, cuando el paciente ya está estabilizado dirige sus esfuerzos a mejorar las reacciones de equilibrio en las diferentes posiciones, estimulación de actividades diarias, transferencias

básicas, reeducación de la marcha, ascenso y descenso de escaleras. Además de manejar las diferentes complicaciones musculoesqueléticas.¹⁶

El terapeuta ocupacional concentra su valoración y práctica en la reeducación analítica de las actividades de la vida diaria, llevando a cabo la valoración y el tratamiento de las alteraciones perceptivas, relajación y consejos sobre terapia laboral, de ocio y de conducción de automóvil.¹⁷ El logopeda se encarga de mejorar todos los aspectos alterados del lenguaje oral y escrito, en sus dos esferas de emisión y comprensión, así como trastornos de la deglución, sobre todo en las etapas tempranas.¹⁸ El psicólogo ayuda al paciente en todas las dificultades cognitivas y de memoria así como alteraciones emocionales y conductuales tan frecuentes en las fases iniciales.¹⁹

La enfermera es la única pieza del equipo que pasa con el paciente veinticuatro horas al día. Es sin duda, la que mejor que conoce al paciente, sus reacciones diarias, sus temores, por lo que además de los cuidados de enfermería básicos, se ocupa de la alimentación, cuidado de la piel, sondajes, cambios posturales específicos, medicación, cuidados intestinales y vesicales, y manejo psicológico inmediato. Interviene de forma directa en todas las actividades que el paciente realiza en su habitación, transferencias, sedestación, bipedestación, utilización del inodoro, aseo personal y vestido, teniendo en cuenta en todo momento la promoción de autonomía y la prestación de la menor asistencia posible con una finalidad rehabilitadora global.²⁰ Por ello es clave su comunicación fluida y directa tanto con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas como con el psicólogo y el médico tratante.

2.1 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Cada paciente con EVC tiene su propia combinación de discapacidades, por lo tanto debe hacerse una valoración cuidadosa, para poner de manifiesto las deficiencias y sus probables interrelaciones antes de poder formular un plan de tratamiento.

Las Actividades básicas de la Vida Diaria (AbVD), son el conjunto de conductas que una persona desarrolla cotidianamente para vivir de forma autónoma e independiente en su medio ambiente. Las escalas de las AbVD se basan en la repercusión funcional que la enfermedad produce en el individuo y analizan la incapacidad que provoca la enfermedad crónica en el sujeto.²¹

De todos los instrumentos recomendados para la valoración de incapacidades en los pacientes con EVC, *el Índice de Barthel* es considerado de elección por la mayoría de los autores. Este Índice de AbVD se utiliza desde 1965, cuando comenzó a emplearse por primera vez en la Red de Hospitales de Enfermedades Crónicas de Maryland bajo el nombre de índice de discapacidad de Maryland. Este índice fue concebido por Mahoney y Barthel para evaluar el grado de discapacidad a largo plazo en pacientes hospitalizados en centros crónicos y de rehabilitación, predecir la duración de la estancia hospitalaria y estimar el pronóstico funcional del paciente. Así como también se desarrolló para monitorizar el grado de recuperación del sujeto al repetirlo periódicamente y para evaluar los cuidados de enfermería necesarios en el ingreso y al alta hospitalaria. El índice de Barthel mide la independencia funcional en el cuidado personal y la movilidad del paciente.^{22, 23}

Contiene 10 ítems en los que se evalúan actividades consideradas como de la vida diaria: alimentarse, moverse de la cama a la silla (transferencias), arreglo y aseo personal, ir al baño, bañarse, deambular, subir y bajar escaleras, vestirse y controlar esfínteres. Cada ítem puntúa el grado de independencia del paciente para llevar a cabo una tarea o AbVD (Tabla 1). Se puntúa de 0 a 100, con incremento de cinco en cinco puntos; los valores más elevados indican mayor independencia, y el valor cero representa el peor estado funcional. El tiempo estimado para administrarlo es de 5 a 10 minutos²⁴

TABLA 1. Escala de Barthel: Valoración de las Actividades básicas de la Vida Diaria

<p>Comer 0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)</p>
<p>Trasladarse entre la silla y la cama 0 = incapaz, no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = independiente</p>
<p>Aseo personal 0 = necesita ayuda con el aseo personal. 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.</p>
<p>Uso del retrete 0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)</p>
<p>Bañarse 0 = dependiente, necesita alguna ayuda o supervisión 5 = independiente, capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente</p>
<p>Desplazarse 0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m. 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.</p>
<p>Subir y bajar escaleras 0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta. 10 = independiente para subir y bajar.</p>
<p>Vestirse y desvestirse 0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc</p>
<p>Control de heces: 0 = incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = accidente excepcional (uno / semana) 10 = continente</p>
<p>Control de orina 0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 10 = continente, durante al menos 7 días</p>

Según investigaciones que se han realizado muestran al índice de Barthel en el campo de la investigación como una medida clínica fiable y robusta, y es uno de los instrumentos más comúnmente usados en el campo de la neurorehabilitación de la EVC, y más recientemente se ha utilizado en Atención Primaria con buenos resultados. Es la escala recomendada por la British Geriatrics Society y el Royal College of Physicians. Y ha sido propuesto como índice estándar en trabajos clínicos y de investigación, ya que muestra unos buenos índices de validez, fiabilidad, sensibilidad y utilidad social.²³

2.2 PRONÓSTICO

El pronóstico de un paciente con EVC depende de varios factores como edad, enfermedades concomitantes, etiología, extensión del daño y tipo de lesión cerebral, entre otros. Existen otros factores que han sido considerados de mal pronóstico para el paciente como EVC previa, edad avanzada, incontinencia, déficit visual, hemiparesia bilateral y gravedad del déficit en sí mismo. Son contraindicaciones de rehabilitación las enfermedades sistémicas incapacitantes y la demencia asociadas.²⁶

Una de las preocupaciones mayores de las personas con discapacidad física post-EVC y de sus familiares es el grado de recuperación que experimentará el enfermo.

La recuperación de la discapacidad física ocasionada por ictus, sigue un patrón predecible, siendo factible desarrollar perfiles de recuperación diferenciados por niveles de gravedad. La recuperación funcional se completa en el 95% de los pacientes a las 13 semanas y varía con la gravedad inicial del ictus. La función más alta en las actividades de la vida diaria se alcanza a una media de dos meses (8,5 semanas) en pacientes con EVC inicialmente leves, dentro de los tres meses (13 semanas) en pacientes con EVC moderados, a los cuatro meses (17 semanas) en pacientes con EVC graves y a los cinco meses (20 semanas) en los EVC muy graves. Incluso en pacientes con EVC graves y muy graves, no habrían de esperarse cambios ni en los déficits neurológicos ni en la recuperación funcional más allá de los 5-6 meses

Factores pronósticos de recuperación funcional

Se han estudiado muchos factores pronósticos de recuperación funcional tras una EVC, sin embargo los más destacados son los que se presentan a continuación

Edad avanzada

Las personas ancianas presentan con frecuencia un deterioro funcional previo, circunstancias sociales adversas y pueden sufrir EVC más graves. Los pacientes mayores tienen una mayor incidencia de discapacidad adicional previa por una prevalencia alta de artrosis, déficit visuales y auditivos, cardiopatías, deterioro cognitivo, y/o EVC recurrentes. Entre las personas de edad superior a los 80 años predominan las mujeres que con frecuencia viven solas o institucionalizadas.²⁷ En fase aguda de los enfermos de mayor edad

sufren con más frecuencia coma, parálisis, disfagia e incontinencia urinaria y discapacidad grave en las actividades de la vida diaria, todos ellos factores predictivos de incapacidad y minusvalía.

Algunos estudios sugieren incluso que los ancianos tienen menor respuesta al tratamiento de rehabilitación en movilidad y en las actividades de la vida diaria, beneficiándose en menor medida de la rehabilitación que los pacientes más jóvenes.

Etiopatogenia de la EVC

Los pacientes con diabetes mellitus y EVC, muestran peor evolución de la función cognitiva, mayor mortalidad y un tiempo de recuperación más largo; pero otros estudios no demuestran una influencia independiente de la diabetes sobre la discapacidad funcional.

Los EVC hemorrágicos pueden mostrarse clínicamente más graves y con una recuperación mayor, pero más lenta, que los originados por un infarto. Ahora bien, que el tipo de EVC sea isquémico o hemorrágico no influye por sí mismo en el pronóstico funcional, una vez analizada la diferencia en su gravedad inicial. Los supervivientes al año de una EVC hemorrágica no evidencian ni mayor discapacidad ni menor calidad de vida respecto de los supervivientes de una EVC isquémica.

Factores pronósticos en relación con la gravedad clínica

La **incontinencia urinaria** prolongada es reconocida como un indicador de pronóstico funcional desfavorable. Los factores de riesgo relacionados, mediante análisis multivariante, con la incontinencia urinaria son la edad, la gravedad del ictus, la diabetes y otras enfermedades discapacitantes. Uno de los mecanismos que pueden explicar la incontinencia de esfínteres es el deterioro cognitivo en relación con el ictus. Recientes estudios confirman que la incontinencia persistente durante el periodo de hospitalización en pacientes ancianos post-EVC es uno de los predictores más importantes de devenir funcional a los 12 meses ²⁷

La recuperación de la **alteración motora** se relaciona básicamente con la gravedad de la hemicipleja o paresia inicial. Sólo un 6% de los pacientes con parálisis inicial grave tienen una recuperación completa de la motilidad. Los pacientes con déficit motor grave y persistente a

las tres semanas del EVC, permanecen en su mayoría con parálisis grave o moderada a los seis meses.

Granger et al establecen un *Índice de Barthel* (IB) menor de 20 como una discapacidad muy grave con valor predictivo desfavorable sobre el nivel de función a largo plazo, y un IB superior a 60 como la frontera para evitar la institucionalización. Un IB igual o superior a 85 coincide con la autoconsideración por el propio paciente como razonablemente autónomo. Un estudio en España, muestra que una persona que, en las tres primeras semanas post-EVC, mantiene una discapacidad con un IB inferior a 20, presenta un riesgo cuatro veces más de permanecer con una incapacidad grave que una persona con un IB inicial superior a 20.

La percepción por el propio paciente de un nivel alto de soporte o *ayuda social*, antes que una asistencia social objetiva, se asocia con una mejor y más rápida evolución funcional.²⁷

Las variables de mayor valor predictivo se relacionan fundamentalmente con la edad y la presentación clínica de la EVC. Los factores que se han hallado como mejores predictores de un peor pronóstico fueron para algunos estudios el deterioro cognitivo y los trastornos del lenguaje.^{27, 28}

Aun así, los pacientes incluidos en el grupo de mal pronóstico (EVC severo con dependencia total) que presentan mayor mortalidad, menor ganancia funcional y un alto índice de institucionalización al alta, pueden obtener cierta ganancia de una intervención precoz en rehabilitación. Alrededor del 30% de los supervivientes de este grupo consiguen un buen resultado funcional.²⁸

2.3 COMPLICACIONES

Las principales complicaciones son las infecciones respiratorias, urinarias y la enfermedad tromboembólica, así como también las enfermedades secundarias a los principales déficits de esta fase aguda como : la disfagia, la incontinencia urinaria, y la inmovilidad.²⁹ Otras complicaciones de la fase aguda son la malnutrición y deshidratación, el estreñimiento, las caídas, las úlceras por presión y los trastornos del sueño.

El control de las complicaciones secundarias y un comienzo precoz de la movilización y del tratamiento rehabilitador mejoran la supervivencia y el estado funcional de los pacientes.

DISFAGIA

La disfagia orofaríngea ocurre en los pacientes con ictus agudo con una frecuencia del 20-90% (según el tiempo transcurrido y los criterios diagnósticos utilizados), recuperándose un importante porcentaje de casos de forma espontánea en las primeras semanas. Se estima que aproximadamente el 34-58% de los pacientes con disfagia sufrirán aspiración (penetración subglótica del material deglutido), siendo en la mitad o en un tercio de los casos una aspiración silente (sin provocar tos). En la mayoría de los casos los trastornos en la deglución se recuperan en las primeras semanas.

La importancia clínica de la disfagia radica en que se asocia con diversas complicaciones como la neumonía por aspiración, la malnutrición y la deshidratación. La malnutrición contribuye a su vez al desarrollo de otras complicaciones: úlceras por presión, disfunción inmune, debilidad generalizada, insuficiencia cardiorrespiratoria, afectación de la función gastrointestinal, etc. Las consecuencias finales de todas estas complicaciones son controvertidas, pero parecen relacionarse con un aumento de la mortalidad, así como con un aumento de la estancia hospitalaria y con peores resultados funcionales.

TRASTORNOS ESFINTERIANOS

La incontinencia urinaria (IU) puede aparecer inmediatamente tras la EVC o desarrollarse posteriormente durante la fase de recuperación, y alcanza una prevalencia en esta población de un 33% a un 79%. Por lo general, inmediatamente tras la EVC lo que se produce es una retención urinaria, debido a una arreflexia inicial del detrusor. Posteriormente esta retención suele resolverse, considerándose que en la fase subaguda el problema principal es la IU.²⁹

La incontinencia fecal tras la EVC aparece en el 31% de los pacientes, resolviéndose en la mayoría de las ocasiones en las dos primeras semanas. Al igual que la IU, la incontinencia fecal no va a depender sólo de la alteración cerebral, sino de otros factores de riesgo, como la existencia de otras enfermedades incapacitantes, el nivel funcional o el estado cognitivo, además, la diarrea puede ser secundaria a fármacos, infección o a la impactación fecal. Pero más frecuentes que la incontinencia son el estreñimiento y la impactación fecal, problemas en

los que influyen entre otros los siguientes factores: inmovilidad, inadecuada ingesta de fluidos o comida, depresión o ansiedad, déficit cognitivos, etc.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

La enfermedad tromboembólica (ETE) representa una sola entidad con dos patrones de presentación clínica: la trombosis venosa profunda (TVP) y el embolismo pulmonar (EP). Tras un ictus la mayoría de casos de ETE ocurre precozmente, pero el riesgo persiste en la fase de recuperación subaguda. La parálisis de miembros, la inmovilidad y la hipercoagulabilidad sanguínea se han implicado como factores relacionados con el desarrollo de una TVP. La ETE compromete la recuperación neurológica y aumenta la morbi-mortalidad y los costes de la atención sanitaria.

La incidencia de TVP en pacientes que no reciben profilaxis antitrombótica es del 23-75% (aproximadamente 50% en las dos primeras semanas post-EVC). El día pico de instauración de la TVP está entre el 2º y el 7º día post-EVC. No se conoce en qué medida va disminuyendo el riesgo de TVP con el paso del tiempo, pero si se sabe que claramente la recuperación motora reduce el riesgo. El mayor riesgo está en el miembro paralizado aunque puede ocurrir en el no paralítico.

La incidencia de EP en la población con ictus sin profilaxis antitrombótica es del 10-20%. El EP es el responsable de aproximadamente el 10% de las muertes en pacientes con ictus agudo y normalmente ocurre después de una semana post-ictus. El 50% de los EP son fatales de forma aguda y no se reconocen antes de la muerte. La aparición de un EP en el contexto de una EVC presenta una mortalidad mayor que en otras circunstancias. Aunque la mayoría de TVP aparece en venas infrapoplíteas, la mayor fuente de émbolos son las TVP proximales. Las TVP en los miembros inferiores son el origen del 90% de los EP, mientras el resto se origina a partir de TVP pélvicas fundamentalmente.²⁹

3. PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN PRECOZ DE LA EVC.

3.1 TEORÍA DE ENFERMERÍA. "VIRGINIA HENDERSON"

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

* Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente) Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos ^{30,31}

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería Estos

cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería.

- Persona.

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal / física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia y tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en si misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería equipara salud con independencia.^{30,31}

3.2. EDUCACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CON EVC

Tomando como referencia la teoría de Virginia Henderson el personal de enfermería que cuida al paciente con trastornos neurológicos, debe tener una apreciación de las funciones complejas del sistema nervioso, desarrollar actividades de evaluación, comprender y sensibilizarse a la ansiedad y temor que experimentan el paciente y su familia. Las consecuencias tras una EVC pueden ser devastadoras. De ahí la importancia del trabajo enfermero en establecer una serie de cuidados encaminados a la prevención, detección y rehabilitación de las secuelas.

La atención de enfermería contempla medidas rehabilitadoras que favorecen la autovalencia del enfermo. Los datos que requiere la enfermera debe incluir la valoración de trastornos funcionales, porque estos van a condicionar la vida diaria en igual forma que los recursos internos propios del sujeto, como los recursos externos disponibles. Por tal motivo el modelo de participación exige a la enfermera un mayor conocimiento para identificar estos aspectos relevantes de la vida diaria, y así, detectar y resolver los problemas que son de su competencia, o referirlos en forma oportuna a quien corresponda para una atención adecuada. Para la Enfermera el cuidado de personas con diferentes grados de independencia, sea transitorio o permanente, obliga a integrar a la familia para optimizar los resultados.

Hemos de considerar que un paciente que haya de vivir con los déficit neurológicos consecuencia del EVC, le resulte difícil aceptarlo y afrontarlo.³² En primer lugar pensaremos que esa persona podía ser válida para las AVbD (actividades básicas de la vida diaria) antes del EVC, y por lo tanto independiente. La situación en la que se les da el alta a los pacientes neurológicos no es quizá la mejor, pues están estabilizados, pero no recuperadas todas sus funciones. En definitiva tenemos una persona que se marcha a su hogar siendo total o parcialmente dependiente, con lo que ello implica, tanto para su autoestima, como por las repercusiones que este hecho tiene sobre la vida familiar.³³ Y ya que la rehabilitación tiene un papel destacado en la fase aguda de la EVC al contribuir a la prevención y manejo de las complicaciones médicas secundarias, mejorando el estado funcional de los pacientes y su calidad de vida. En el proceso rehabilitador es importante implicar al personal de enfermería, a los pacientes y a sus familias.³⁴

Actividades de enfermería:

- Implicar a la familia en el cuidado del paciente.
- Educar a la familia e informarla sobre el grado de dependencia de su familiar y las diferentes alternativas de cuidados, así como de los recursos disponibles.
- Estimular una comunicación abierta entre los miembros y con el personal sanitario; De este modo se facilita una visión más realista sobre la situación y las expectativas.
- Responder con veracidad y sin ser esquivos ante las preguntas, de este modo también les ayudaremos en sus esfuerzos de afrontamiento.
- Consejar que al alta las tareas sean repartidas.
- Preparar a la familia para los posibles periodos de depresión y sobredependencia del paciente.
- Enseñar a los familiares para que ayuden y permitan al paciente ser lo más independiente posible, avanzando de forma gradual.
- Enseñaremos las técnicas de refuerzos y a no desanimarse ante los fracasos.
- Conseguir que el paciente participe en la planificación de las actividades de su cuidado en la medida de sus posibilidades.
- Remitirles a un asistente social que les dé alternativas, y les informe sobre los recursos asistenciales a domicilio al planificar el alta hospitalaria.³⁵

3.2.1 PLAN DE EDUCACIÓN PARA LOS FAMILIARES Y/O EL PACIENTE.

El cuidador (familiar u otra persona que se encarga de cuidar al paciente) es de suma importancia en aquellos pacientes con incapacidad grave. Un buen cuidado del paciente así como la detección precoz de ciertos problemas son de gran importancia para su buena evolución. Durante la estancia hospitalaria, la persona que va a asumir este papel debería aprender a realizar los cuidados

Es muy importante que el familiar antes de que el paciente sea dado de alta, lleve un plan bien definido de los cuidados domiciliares que necesitará de acuerdo a sus necesidades. Por tal motivo el personal de enfermería debe enseñar al familiar responsable del cuidado los siguientes aspectos:

3.2.1.1 Lo referente a la patología.

- Definir la EVC
- Explicar las causas de la EVC.
- Informar de cómo la EVC provoca lesiones neurológicas.
- Identificar los componentes relevantes del régimen terapéutico para la EVC: ¹⁸

-Medicación. Algunos medicamentos habitualmente usados en esta enfermedad son la aspirina, el dipiridamol y la heparina.

-Fisioterapia para ayudar al paciente a usar los músculos paralizados.

-Logopedia para ayudar al paciente a aprender a comunicarse.

-Entrenamiento intestinal y vesical para ayudar al paciente a recuperar el control de esfínteres.

-Precauciones de seguridad para ayudar al paciente a compensar sus pérdidas sensoriales.

-Normas de vida a fin de reducir el riesgo de sufrir otra EVC. ³⁶

3.2.1.2 Ejercicios para reentrenar extremidades afectadas.

La movilización y rehabilitación precoz ayudan mantener la movilidad de músculos y articulaciones y a prevenir las *complicaciones que derivan de la inmovilidad*: neumonías, ETE, úlceras por presión, contracturas, etcétera. Se recomienda iniciar la movilización en las primeras 24-48 horas, salvo en las siguientes circunstancias, donde se retrasaría o se efectuaría con precaución: coma, progresión neurológica, hemorragia subaracnoidea o intracerebral, hipotensión ortostática severa o persistente, e infarto agudo de miocardio. Se comienza con las medidas habituales del paciente encamado y enseñando al paciente a moverse en la cama.

Dentro de la rehabilitación en la fase aguda no debemos olvidar estimular al paciente en las actividades de autocuidado (comer, vestirse, aseo) y facilitarle medios básicos de comunicación (como los gestos, dibujos, tableros de comunicación, etc.). Ambos aspectos contribuyen a reasumir el control y a mejorar la actividad mental y la participación social del paciente.³⁷ La enfermera debe saber qué ejercicios se les han enseñado, en caso de que ya hayan recibido instrucciones del fisioterapeuta para reforzar la información, si fuera

necesario, y si no se les ha instruido ella enseñará al paciente y al familiar de cómo realizarlos, primero la enfermera hará una demostración y posteriormente el paciente o el familiar deberá ejecutar los ejercicios. El paciente debe disponer de instrucciones escritas para su uso en el domicilio.

A. Establecimiento del programa de ejercicios:

1. Ejercicio pasivo de las extremidades afectadas y ejercicios de arco de movilidad cuatro a cinco veces al día: para conservar la movilidad articular, prevenir la aparición de contracturas en la extremidad paralizada, prevenir deterioro adicional del sistema neuromuscular, restituir el control motor y aumentar la circulación. El objetivo de enfermería es ayudar al paciente a conservar la capacidad de bañarse y vestirse, los ejercicios pasivos ayudará a realizar actividades de la vida diaria.
2. Recordar al enfermo que haga ejercicio regular con las extremidades no afectadas durante todo el día: para prevenir contractura en las extremidades normales.
3. Enseñar al paciente a colocar su pierna no afectada bajo la afectada con el objeto de moverse y girar por sí mismo.
4. Dar instrucciones al enfermo para que mueva el brazo afectado (y la mano) con su mano sana.

B. Tipos de ejercicios:

1. Cuadriceps (para cada extremidad). Sirven para reducir el riesgo de desarrollar contracturas en las rodillas, y para fortalecer los músculos necesarios para la deambulación.
 - a) Contraer el músculo cuadriceps (porción anterior de los muslos) mientras eleva el talón e intenta empujar el espacio poplíteo contra el colchón
 - b) Sostener la contracción muscular para hasta la cuenta de cinco. Repetir. ²⁶
2. Glúteos. Estos ejercicios fortalecen los músculos necesarios para andar. Dar al paciente las instrucciones que siguen:
 - a) Contraer o apretar las nalgas hasta la cuenta de cinco.
 - b) Relajar a la cuenta de cinco y repetir.

C. Prevención del síndrome de hombro-mano

El objetivo es conservar la movilidad de las articulaciones de la extremidad superior para prevenir el síndrome de hombro-mano.

1. Usar el cabestrillo en el brazo paralizado cuando el enfermo está en posición erecta, si el brazo está flácido, o si el sujeto se queja de dolor y pesantez en el brazo. El cabestrillo se quita por lo general cuando la espasticidad proporciona suficiente tono para prevenir subluxación del hombro.
 - a) Quitar el cabestrillo con frecuencia y hacer ejercicio con el brazo.
 - b) Dar instrucciones al paciente para que entrelace los dedos, juntando las palmas. Con los codos extendidos, levantar ambos brazos por arriba de la cabeza repetidas veces durante todo el día.
2. Cuando esté sentado, conservar elevados con una almohada el brazo y la mano afectadas para prevenir edema de la mano por posición declive, o colocar el brazo en una depresión para el antebrazo fijada al brazo de la silla de ruedas.
3. Dar instrucciones al paciente para que flexione y extienda la muñeca y los dedos con la mano no afectada a intervalos frecuentes.
4. Ejercer vigilancia por si hubiera síndrome de hombro-mano (dolor en el hombro e inflamación generalizada y dolor de la mano): puede causar atrofia de tejido subcutáneo y contracturas ³⁸

3.2.1.3 Cambios Posturales.

Es preciso un tratamiento postural adecuado, es muy común que el paciente encamado tenga una disminución de la sensibilidad de la parte del cuerpo afectada por tal motivo, la enfermera y el familiar planificarán un programa de cambios posturales con el objetivo de evitar complicaciones como úlceras por presión, contracturas, edemas, etc. ³⁹

1. Posición de decúbito supino
 - b) Cabeza: poner una almohada pequeña debajo de la cabeza del paciente para sostenerla. El uso de una almohada abultada (o más de una) puede forzar la

posición de la cabeza hacia abajo, provocando una contractura, asegurarse se que la cabeza se encuentre alineada con el cuerpo.

- c) **Extremidades superiores:** colocar una almohada bajo el hombro que lo coloca el protracción (evita la posibilidad de retracción del hombro, tan característico en la fase espástica). El codo afectado se encuentra apuntando en dirección contraria al tronco y ligeramente flexionado. El antebrazo y la mano se extiende junto al tronco y a unos 30 cm De distancia de este, cambie de vez en cuando la posición del brazo extendiendo el codo. Para prevenir el edema, utilice una almohada para elevar el brazo. Ponga un pequeño objeto enrollado en la mano paralizada del enfermo para ayudarle a prevenir que se deforme por su tendencia a cerrarla. Puede retirar el objeto periódicamente y extenderte los dedos
- d) **Tronco:** alinee el cuerpo con la columna recta, los hombros al nivel de las caderas.
- e) **Extremidades inferiores:** Asegurarse de que las piernas del paciente se mantengan rectas. Si coloca un rollo trocantéreo a lo largo de la cara externa del muslo afectado, evitará que el muslo gire hacia fuera (rotación externa), dicho rollo se puede formarse con una toalla de baño o una almohada espuma de poliuretano recubierta. No use bolsas de arena ya que corre el riesgo de provocar serias lesiones cutáneas. No coloque habitualmente almohadas debajo de las rodillas del paciente. Esto puede producir contracturas en las rodillas y aumentar las contracturas de las caderas. La fuerza de gravedad hará que el pie paralizado del paciente "caiga" hasta adoptar una posición de pie equino, al acortarse los músculos de la pantorrilla y los tendones del talón. Para prevenirlo, tomar una de las siguientes precauciones:

Colocar una tabla a los pies de la cama para mantenerlos en ángulo de 90°. Debería sobresalir unos 5 cm. De los dedos de los pies. Coloque los pies contra ella con los dedos apuntando hacia el techo. Deje siempre espacio suficiente entre el borde del colchón y la tabla para evitar una presión indebida sobre los talones. Nota: quizá le resulta difícil mantener los pies contra la tabla.³⁹

Otras alternativas:

Usar unas botas spenco para mantener los pies alineados en un ángulo de 90° y prevenir la presión en, los talones y maléolo lateral.

Usar unos tenis de los que abarcan el tobillo para mantener la dorsiflexión (flexión hacia arriba). Algunos creen que ayudan a mantener el pie en posición más anatómica. No olvide descalzar al paciente de vez en cuando para inspeccionar la piel en busca de posibles lesiones cutáneas.³⁹

Usar férulas en las extremidades afectadas del paciente a fin de mantener la alineación adecuada.

2. Posición de decúbito lateral:

Particularmente adecuada para prevenir las contracturas y complicaciones pulmonares.

Emplee esta posición si el paciente esta inconsciente. Si lo coloca sobre el lado afectado, asegúrese de que no permanece en esta posición durante demasiado tiempo.

- a) Cabeza: Puede colocarse una almohada debajo de la cabeza para proporcionarle comodidad y mantener la alineación adecuada.
- b) Tronco: Mantenga la columna recta. Coloque una almohada debajo de la espalda del paciente para apoyarla, aunque no es esencial si esta colocada correctamente.
- c) Extremidades Superiores: El brazo que queda arriba llévelo hacia delante, frente al paciente y, a continuación, flexione ligeramente el codo manteniendo la muñeca extendida. Apoye seguidamente este brazo en una almohada. Sitúe el brazo inferior junto a la cara con la mano hacia arriba. Puede colocar un pequeño rollo en la mano afectada.^{39,40}
- d) Extremidades inferiores: Flexione la pierna superior y llévela hacia delante. Apóyela en almohadas para prevenir la rotación interna de la cadera (la pierna se gira hacia dentro). Mantenga la pierna que queda debajo extendida, recta y alineada con la columna. Para evitar posibles úlceras por presión, asegúrese

de que la pierna superior del paciente no descansa sobre la inferior. Prevenga una posible caída de los pies.

El paciente puede desarrollar contracturas a menos que tenga sumo cuidado en prevenirlas. Como sabe, la distinta potencia de grupos opuestos de músculos favorece las contracturas

El brazo queda en aducción (sostenido cerca del cuerpo); el hombro en rotación interna con flexión del antebrazo, muñeca y dedos (mano en garra). Observe la rotación externa de la cadera, flexión de la rodilla y caída del pie. Coloque siempre al paciente de modo que contrarreste estas tendencias. Si el paciente está inconsciente o tiene una parálisis bilateral también puede usted seguir estas guías para las posiciones. Aplique las sugerencias a uno o ambos lados del cuerpo.^{39,40}

3.2.1.4 Traslado del paciente.

Técnica de girar sobre un eje:

El siguiente ejemplo describe el procedimiento usado en el traslado de la cama a la silla de ruedas, pero puede adaptarse para su uso al trasladar al paciente de una silla a la silla de ruedas, del coche a la silla de ruedas, etc.

1. Baje la barandilla de la cama y ponga la silla de ruedas junto a ésta, en el lado no afectado del paciente, frene las ruedas de la silla. Si es posible quite los apoyapies de la silla o apártelos para que no molesten.
2. Siente al paciente en el borde de la cama con las piernas colgando, siguiendo las siguientes instrucciones:
 - a) Pase las manos por detrás de la cabeza y de las rodillas y al mismo tiempo que saca las piernas de la cama, le impulsará del cuello para levantar el cuerpo (figura 2)
 - b) Déjelo que recupere el equilibrio, póngale los zapatos y cerciórese de que los pies están bien apoyados en el suelo. Si no es así baje la cama.⁴¹

- c) A continuación póngase junto a él paciente y apoye sus rodillas en las de él. Agáchese ligeramente y pase sus brazos por debajo de los del paciente. Tómese las manos las manos alrededor de su cintura. Dígale al paciente que coloque su brazo no afectado alrededor de su espalda. Pídale que le ayude tanto como le sea posible. Empuje con las rodillas contra las de él para mantenerle estable.
- d) Luego ayúdele a ponerse de pie. De nuevo déjele unos segundos para recuperar el equilibrio. Entonces, gire sobre su eje hacia la silla de ruedas. Continúe sosteniéndole las rodillas con las de usted mientras orienta su espalda hacia la silla. Deje de girar cuando su espalda se encuentre exactamente frente a ésta
- e) Con el brazo no afectado, el paciente debe sujetarse al apoyabrazos de la silla de ruedas. Luego, a medida que usted se agacha para ayudarlo a sentarse, él podrá guiar su cuerpo hacia el asiento. ⁴¹

3.2.1.5 Preparación para la deambulación.

- A. *Valoración previa a la deambulación.* Verificar la presión arterial y elevar la cama hasta una posición erecta; Dar instrucciones al enfermo para que tome la barandilla de la cama con la mano sana: esto ayuda a recuperar el sentido de equilibrio.
- B. *Posición sedente al borde de la cama.*
 - 1. Ajustar la cama a la posición baja.
 - 2. Dar instrucciones al paciente para que coloque la pierna fuerte por debajo de la débil y que la levante hacia el lado de la cama. ⁴²
 - 3. Dar instrucciones al enfermo para que presione el codo fuerte (que está flexionado a un ángulo de 90 grados) en el colchón y que llegue a una posición sedente al transferir el peso al antebrazo y después a la mano, mientras levanta la pierna afectada con la pierna fuerte sobre el borde de la cama
 - 4. Extender el brazo fuerte del paciente con la mano plana sobre la cama de tras de él para ayudarlo a conservar el equilibrio
 - 5. Pararse enfrente del paciente para observarlo y, si es necesario, ayudarlo a conservar esta postura ⁴³

6. Un cambio de color, disnea, frecuencia creciente del pulso, o respiración profunda es una indicación profusa es una indicación de que el enfermo debe colocarse de nuevo en la cama. El tiempo que pasa sentado se aumenta con tanta rapidez como lo permite el estado del enfermo.

C. Desarrollo de equilibrio para ponerse de pie.

2. Poner al enfermo calzado para deambulación con enfranque para todas las actividades de deambulación.
3. Sentar al paciente al borde de la cama y colocar una silla de respaldo recto a cada lado de él.
 - a) Atar la mano a la silla si el enfermo sostiene la fuerza para asirla.
 - b) Ayudar al paciente a ponerse de pie apoyando su región lumbar con las manos y colocando las rodillas en la parte externa de las rodillas del paciente.
 - c) Estimular al enfermo para que mire hacia arriba brevemente: facilita la extensión de las extremidades inferiores.

D. Enseñar el uso de silla de ruedas " para hemipléjicos "

2. Conseguir una silla de ruedas.
3. Colocar la silla de ruedas del lado no afectado del enfermo: Permita que mire la silla de ruedas y se impulse con la pierna más fuerte.
4. Colocar el freno de la silla de ruedas y levantar los pedales para quitarlos del camino.
5. Para la transferencia de una silla a una silla de ruedas, dar al paciente las siguientes instrucciones
 - a) Moverse hacia delante en la silla, colocando el peso sobre la pierna fuerte empujar el brazo y la pierna fuertes.
 - b) Colocar la mayor parte del peso sobre la pierna fuerte mientras conserva fija la rodilla débil.
 - c) Girar en la dirección de la pierna más fuerte; colocar la pierna débil sobre la pierna fuerte. Conservar la posición de pie algunos momentos
 - d) Bajar el cuerpo gradualmente hacia la silla, con el uso del brazo y la pierna fuertes ⁴⁴

6. Dar instrucciones al enfermo para que impulse la silla de ruedas usando la mano no afectada sobre el aro para dirigirla y el pie afectado sobre el piso para propulsión.⁴⁴

3.2.1.6 Reeducción Intestinal.

El objetivo es establecer un modelo lo más parecido posible a los hábitos intestinales normales del paciente antes del EVC.

- A. Aumento de líquidos y residuos en la dieta (si no se contraíndica) puede ser útil.
- B. El paciente debe hacer una respiración profunda si le es posible, y empujar hacia abajo con la mano contra los músculos abdominales en el momento en que sienta la necesidad de evacuar. Esto imita el movimiento normal de pujo hacia abajo, que puede que falte a causa de debilitamiento muscular.
- C. También puede ser útil beber líquido caliente al levantarse
- D. Debe mantenerse un registro de evacuaciones intestinales
- E. El paciente no debe hacer fuerza durante la eliminación intestinal, ya que esto aumenta la presión en vasos sanguíneos cerebrales corriendo el riesgo de una nueva hemorragia, si ésta ha sido la causa del ictus.⁴⁵
- F. El tratamiento del estreñimiento va dirigido a regular el hábito intestinal, utilizando una ingesta adecuada de líquidos y una dieta rica en fibras, sin olvidar la incorporación de los programas de reeducación que aprovechan el reflejo gastrocólico. Si estas medidas son inefectivas, puede utilizarse la estimulación digital de la mucosa anal. Pueden ser útiles los ablandadores de heces y el empleo juicioso de los laxantes.

3.2.1.7 Reeducción Vesical.

El objetivo es implicar a los familiares del paciente en todas las sesiones de educación sobre la incontinencia y explicarle los fundamentos de las intervenciones, ya que los familiares necesitan saber que la incontinencia puede no ser permanente y que ellos pueden ayudar al paciente a lograr la continencia por sí mismo ⁴⁴

- A. El primer paso sería la restricción de la ingesta hídrica (1.500-1.800 ml/día), ya que una ingesta mayor hace difícil la continencia, por un exceso de diuresis; esta restricción debe ser más estricta por la noche.
- B. Animar al paciente a orinar cada 2hrs. Acompañándole hasta el servicio u orinar si es posible y ofreciéndole una cuña o botella, dichos estímulos animan al paciente a orinar de forma habitual, estimulándose así a usar el servicio por si solo). Con respecto a las técnicas disponibles, las más utilizadas son la micción programada y el entrenamiento vesical. La *micción programada* se trata de una técnica en la que se insta al paciente a la micción a intervalos regulares (cada dos horas), sin tener en cuenta la sensación de llenado vesical; se evita de esta forma que el paciente no disponga de tiempo suficiente para la micción si espera a tener la sensación de llenado. El *entrenamiento vesical* se basa en alargar los intervalos entre micciones, mientras el paciente permanece seco. hasta obtener un intervalo razonable, existen datos que sugieren que esta técnica es útil en la IU de urgencia y especialmente en pacientes con un nivel físico y cognitivo adecuado.⁴⁶
- C. Enseñar al paciente a usar técnicas de relajación y respiraciones profundas para controlar su urgencia de orinar, estas técnicas ayudarán al paciente a alargar progresivamente el tiempo entre las micciones, favoreciendo así la incontinencia.
- D. Enseñar al paciente los ejercicios de fortalecimiento de los músculos pélvicos (Kegel). Estos ejercicios fortalecen los músculos pélvicos aumentando la resistencia de la salida alrededor de la uretra lo que ayudará al paciente a permanecer continente
- E. Recomendar al paciente el uso de pañales o compresas en caso de enuresis. Los pañales o compresas ayudan a controlar la incontinencia, los productos que no son desechables son menos caros.

3.2.1.8 Vestido

- A. Enseñar al paciente a vestirse delante de un espejo de cuerpo entero. El paciente con un déficit unilateral puede descuidar su lado izquierdo, el espejo le ayudará a ver su imagen completa.
- B. Enseñar al paciente a abrocharse la ropa de abajo hacia arriba. Este es el modo más fácil de abotonarse para un paciente con apraxia.^{47, 48}

- C. Marcar la ropa del paciente y sus zapatos para indicar la derecha y la izquierda. Colocar objetos indicativos siempre en el mismo lado del cuerpo, por ejemplo; colocar siempre el reloj en su muñeca derecha. Estas medidas ayudan al paciente distinguir la izquierda de la derecha.
- D. Dar instrucciones a la familia para que lleve al enfermo ropas de una talla más grande que la que habitualmente usaba.
- E. Usar ropa con cremalleras frontales, cierres de velcro, tela elástica y otros.
- F. Hacer que el enfermo se vista a si mismo mientras esta sentado: para lograr mejor equilibrio.

3.2.1.9 Comer

Ayudar al paciente a reaprender la secuencia de deglución (si es capaz de seguir instrucciones).

- A. Hacer que l enfermo intente succionar el dedo con el guante.
- B. Colocar hielo sobre la lengua y estimular al enfermo para que lo succione. Progresar a helados, blandos, y después la dieta regular.^{47, 48} La estimulación termo-táctil consiste en aplicar un contacto frio a la base del arco anterior de las fauces, con el objeto de sensibilizar el área de la cavidad oral donde se estimula el inicio de la deglución. Los resultados de un ensayo clinico, en pacientes con EVC en las 12 primeras semanas, son consistentes con la impresión de que esta técnica puede acentuar la recuperación espontánea de la disfagia
- C. La deglución supraglótica está diseñada para asegurar el cierre de las cuerdas vocales verdaderas antes y durante la deglucion, y es útil cuando se demuestra un paso prematuro del material ingendo a las vias aéreas, conlleva los siguientes pasos. Inhalar y aguantar la respiración, deglutir mientras se aguanta la respiracion y toser de forma voluntaria o aclarar la garganta inmediatamente tras la deglución sin respirar. La deglución supraglótica es una vanación de la maniobra anterior, que consigue el cierre de las cuerdas vocales falsas, y que requiere de una forma mas forzada aguantar la respiración. En la deglución forzada se instruye al paciente a ejercer una mayor presión en el bolo, incrementando el movimiento posterior de la base de la lengua y con ello el paso del bolo a la faringe.⁴⁹

- D. Dar alimentos y líquidos desde el lado no afectado (si el enfermo tiene boca caída) que mastique del lado no afectado.
- E. Se debe inspeccionar la boca del enfermo por si hubiera acumulación de alimento entre el carrillo y las encías del lado no afectado; se requiere higiene bucal frecuente.
- F. Enseñar al paciente a moverse lentamente, sobre todo cuando quite objetos de la mesa. El movimiento lento compensa la deficiente propiocepción.
- G. Hacer que el paciente practique la manipulación de objetos pequeños, como monedas, peines y cubiertos.^{50,51}

3.2.1.10 Higiene y arreglo personal

Enseñar al familiar la importancia de la higiene del enfermo para evitar lesiones y para que el enfermo se vea mejor así mismo. Si es posible, el paciente deberá ser el encargado de su propia higiene puede facilitarse colocando una silla para que pueda lavarse la cara, peinarse o afeitarse. Es preferible la ducha a la bañera, en caso de que el paciente este imposibilitado, puede colocarse una silla o taburete en la tina o un asiento adaptado en la bañera. Es conveniente colocar un asidero en la pared de la ducha o la bañera que permitan al paciente se agarre para levantarse y evitar caídas, así mismo se recomienda colocar un tapete antiderrapante.⁵²

II. ANTECEDENTES

EPIDEMIOLOGIA.

La EVC es la causa más común de afección neurológica severa en la práctica clínica, ocupando el segundo lugar a nivel mundial en mortalidad y el sexto lugar en México para el año 2000.⁵³ Las principales causas de ingreso hospitalario en los adultos de más edad son actualmente las neumonías y las complicaciones de la arteriosclerosis, en particular las cardiopatías y las enfermedades vasculares cerebrales.

Hasta hace poco, las evaluaciones de las condiciones de salud de una población se basaban exclusivamente en los datos de mortalidad. Sin embargo, una cantidad importante de los daños a la salud no se traducen en muerte sino en discapacidad. Los mexicanos tienen una esperanza de vida general de 74 años (hombres 73 y 77 años en mujeres) y una esperanza de vida saludable de 64 años, por tanto se puede concluir que pierden en promedio diez años de vida saludable como resultado de alguna discapacidad, por motivo de enfermedades no transmisibles y lesiones.⁵⁴

La OPS dice que aproximadamente el 30% de los afectados mueren en el mes que sigue al evento y que muchos se ven incapacitados para caminar, ver, sentir y comunicar; en muchos de los casos la incapacidad origina dependencia, aún para la vida diaria. La Encuesta Nacional de Salud de inválidos realizada en 1982 consigno que de cada 100 personas con invalidez, 3.1 eran hemipléjicas, y en el grupo de edad de 65 años la hemiplejia, fue la primera causa de invalidez.⁵⁵ En la actualidad no se dispone de información precisa sobre incidencia, pero se calcula que al año se producen 125 mil discapacidades de las cuales 43 mil son secuelas de enfermedades vasculares cerebrales.⁵⁶

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la EVC ha ocupado a partir de 1993 y hasta 1998, el quinto o sexto lugar en la lista de personas con discapacidades por esta causa.⁵⁷ En el Hospital General Regional Num. 1 "Gabriel Mancera", alrededor del 60% de las camas las ocupan pacientes mayores de 60 años con padecimientos crónicos, entre estos se considera la EVC. Por lo general estos pacientes presentan discapacidad severa y pérdida de su autonomía, lo que origina estancias prolongadas y reingresos hospitalarios frecuentes.⁵⁷

2. DEMOGRAFÍA

La transición demográfica que experimenta el país ha cambiado sustancialmente el panorama poblacional, ya que el porcentaje de adultos mayores en la estructura poblacional total se irá incrementando de representar cuatro por ciento en 1970, los mayores de 65 años representarán diez por ciento de la población en 2025 (alrededor de 12.5 millones de adultos mayores). Los índices de dependencia, por lo tanto, serán cada vez mayores de parte de la población de 64 años y más.

La crisis de la seguridad social ha afectado a la mayoría de las naciones del mundo, y México no es la excepción. El déficit financiero de las instituciones de seguridad social dificulta el pago de pensiones dignas y limita la oferta de prestaciones sociales. La responsabilidad de proteger la vejez, por lo tanto, seguirá recayendo en la familia, y sobre todo en las mujeres. La familia otorga apoyo a través de transferencias monetarias y materiales, arreglos de domicilio, y cuidados directos ante problemas de salud. Sin embargo, su capacidad para responder a este problema ha ido disminuyendo, debido a las crisis económicas recientes y a la adaptación que exigen las nuevas realidades laborales y sociales.

Otro rasgo interesante de esta dinámica demográfica es que el envejecimiento es en mayor medida un fenómeno femenino, debido a la mayor mortalidad de los hombres en casi todos los grupos de edad. Con el agravante añadido de que las mujeres tienen mayor incidencia de enfermedades crónicas y una alta prevalencia de discapacidades. Además, como grupo, presentan tasas de analfabetismo más elevadas que los hombres, carecen de empleos formales, y una buena parte de sus últimos años la pasan solas, por viudez, separación y abandono de los hijos

Por otra parte, el carácter casi siempre involuntario de las pérdidas de salud impone a los que están sanos la obligación moral de cuidar de los enfermos. Pero la solidaridad no se detendrá allí. Los sanos habrán de solidarizarse con los enfermos y los jóvenes con los niños y los adultos mayores. Como todos habremos de enfermar y envejecer en algún momento, este tipo de solidaridad resulta esencialmente justa, pues implica que la totalidad de los miembros de la sociedad se beneficiarán eventualmente de ella ³⁸

Los ciudadanos, de los servicios públicos y privados que se ofrecerán serán de alta calidad técnica y deberán satisfacer las expectativas de los usuarios. Para poder atender a esta población de manera integral es necesario promover acciones multisectoriales en colaboración con el sector privado y la sociedad civil. Como prevenir, tratar, limitar y rehabilitar las discapacidades, ampliar la infraestructura pública destinada a facilitar la movilización y la atención de las necesidades especiales de los discapacitados, promover y facilitar la reincorporación de la persona a la vida social y laboral y rehabilitar dentro de las primeras cuatro semanas de la enfermedad o lesión, discapacitante a 40 mil casos de enfermedad vascular cerebral.

Programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC) del IMSS.

Con el fin de proporcionar atención médica ambulatoria y extender los servicios hospitalarios, en 1990 el IMSS puso en operación el Programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC). Este programa se basa en la integración temprana del enfermo crónico a su núcleo familiar, la realización de procedimientos básicos de atención en el hogar y la participación activa de los familiares en el cuidado del paciente. El programa está dirigido a los pacientes con padecimientos crónico-degenerativos, la mayoría adultos mayores.

Las enfermedades más frecuentes que deben ser atendidas a través de este programa son las complicaciones de la diabetes mellitus, las secuelas de la presión alta (trombosis o hemorragia cerebral), los padecimientos del corazón, la cirrosis hepática y las enfermedades reumáticas y otros padecimientos osteoarticulares. A diferencia de la atención que brinda el médico familiar en el domicilio del paciente, el Programa ADEC se caracteriza por atender enfermos cuyas condiciones clínicas requieren de servicios hospitalarios en forma frecuente. La labor del equipo de salud del ADEC consiste en proporcionar atención médica, recetas y materiales para la curación del paciente; enseñar al paciente y sus familiares el adecuado manejo del problema (por ejemplo, movilizaciones corporales para evitar ulceraciones de miembros, aspiración de secreciones, curaciones, etc.), tomar muestras para laboratorio, asesorar sobre los servicios que proporciona el IMSS, y decidir cuando el paciente debe ingresar al hospital o continuar su control por el médico familiar.

En la actualidad el programa se encuentra funcionando en 125 hospitales generales de zona de más de 100 camas, con un equipo de salud integrado por un médico, una enfermera general, una trabajadora social y un oficial de transporte ⁵⁴

2. FAMILIA Y CUIDADOS

La mayoría de estudios señalan que la familia es la principal fuente de cuidados de personas dependientes, garantizando la mayor parte de la atención que demandan.⁵⁹ Sin embargo el cuidado se ve influenciado por diversos factores como los cambios de la estructura familiar, factores sociodemográficos, nivel socioeconómico, conocimientos acerca de la enfermedad y su manejo domiciliario, apoyo profesional e institucional, etc.

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad crónica dependen en mucho de ciertos factores como el tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro, del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la EVC, pueden influenciar la reacción del paciente ante sus síntomas o complicaciones.⁶⁰

El papel de los familiares en el cuidado del adulto mayor es básico y los jóvenes que cuidan de sus padres presentan múltiples contradicciones pues les es difícil usar sus limitados recursos para cumplir con las funciones que de ellos espera la sociedad.⁶¹

La cuidadora principal es una mujer miembro de la misma familia y con frecuencia conviviente en el mismo domicilio del beneficiario.⁶² Esto indica una situación desigual en el reparto de responsabilidades de cuidar de salud de los otros miembros de la familia

A pesar de que en las últimas décadas ha ido cambiando la estructura y la organización familiar, seguirá siendo el apoyo más importante para los que envejecen, por lo que se tendrá que trabajar para fortalecer a la familia, reforzándola con recursos, con información y educación para que apoyen a sus ancianos.⁶³

En un estudio titulado, **"Cuidadores familiares de personas con enfermedades neurodegenerativas: perfil, aportaciones e impacto de cuidar"**, realizado en España, refiere que los principales cuidados que se prestan en el hogar a personas con enfermedad neurodegenerativa son ayuda en actividades instrumentales, cuidados relacionados con actividades básicas de la vida diaria, vigilancia /acompañamiento y administración de la toma de medicamentos. En este estudio se destacó las siguientes características: en el cuidador familiar, una edad media de 54 años, con predominio del sexo femenino (84.7%) ,

el tipo de parentesco con el paciente refiere ser la hija (45.8%) o esposa (27.8%). con una ocupación de ama de casa (69%). Y en el beneficiario; una edad. media de 77,63 años, nivel bajo de autonomía.⁴⁴

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON EVC

En un estudio prospectivo realizado por Palazón G. R. con pacientes que sufrieron EVC entre agosto y octubre de 1996 y que fueron remitidos al Servicio de Rehabilitación. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Obtuvieron los siguientes resultados en los pacientes pertenecientes a una muestra final (N= 57):

- La media de edad fue de 69,7 años, con un rango entre 31-88 años. Treinta y dos casos eran varones (56,1%).

- El tipo de ACV fue isquémico en 39 pacientes (68,5%) y hemorrágico en 17 (30%).

-- El estado civil predominante fue casados (45 pacientes) Estaban jubilados 41, y trabajaban previamente al ictus sólo 10 personas (17,5%). En la mayoría de los pacientes se describieron enfermedades concomitantes (89,5%), destacando las cardiopatías (14 casos), EPOC (12) y artropatías (11) La HTA figuraba como factor de riesgo en 34 casos (59,6%), y 12 enfermos habían sufrido un ictus previo (tres de ellos, de repetición)

La estancia media fue de 35 días (DE 0,8) en las unidades de agudos (Neurología). De los 37 enfermos que manifestaron un trastorno del lenguaje (64.9%)

- Media de 26,16 para el índice de Barthel.⁴⁵

Por otra parte en un estudio descriptivo transversal elaborado por Fernández y colaboradores titulado "Incapacitados con ACV Diagnósticos, capacidad funcional y características" realizado en España, con el objetivo de conocer las características de sus pacientes incapacitado con ACV, en las variables sociodemográficas, capacidad funcional y diagnósticos enfermeros más frecuentes, se obtuvo los siguientes resultados. el número de pacientes estudiados fue de 86 pacientes, en donde ese encontró un predominio del sexo

femenino(67%), en cuanto a la edad los mayores de 84 años fueron los más frecuentes, encontrándose un 77% de mujeres para este grupo. Los casados representaban un 50% y el 53.49% de los pacientes conviven con la familia; al establecer una relación entre el estado civil y tipo de convivencia, detectaron cómo el 10.47% de los ACV casados convive junto a su pareja con la familia.⁶⁶

Otro estudio Dirigido por F. J. Barrero y colaboradores titulado "**Análisis descriptivo de pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular aguda en el Servicio de Neurología**". Hospital Universitario San Cecilio. Granada, España. se obtuvieron los siguientes hallazgos de 101 pacientes ingresados: el sexo predominante fue el masculino con 52,88%, y con una edad de 65 - 84 años 72,11%, la edad media entre las mujeres fue de 72,5 años y en los varones de 68,7 años. Los días de Hospitalización: media fue de 13,53 días, y en cuanto a los síndromes neurológicos encontrados fueron en orden decreciente de frecuencia: motores, alt. del lenguaje y alt. Sensitivas, el tipo de EVC más frecuente lo ocupó el isquémico (87,5%), EVC, y las enfermedades concomitantes observadas fueron HTA, (67,3%), DM (44%) y la cardiopatía (40%) entre la complicaciones mas frecuentes las IVU ocupó el primer lugar con un 22,1% y la de vías respiratorias con un 18,3%. La rehabilitación de la fase aguda solo la llevaron a cabo en 43 pacientes(41,34%) y la rehabilitación tras la fase aguda en 86 pacientes, 55 (63,9%) no realizaron tratamiento.⁶⁷

En un estudio también de tipo descriptivo realizado por O. F. Concepción et al, titulado "**Caracterización de los pacientes con infarto cerebral dados de alta en un hospital de La Habana**" durante 1998, que se realizo en de 79 pacientes ingresados en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, que fueron dados de alta con el diagnóstico de infarto cerebral, se señalo los siguientes hallazgos:

Edad media de64,7 años y una mediana de 66 años, con un intervalo desde 33 años como edad mínima y 92 años como máxima. El 51,9% correspondieron al sexo masculino. La hipertensión arterial (HTA) se presentó en el 77,2% de los casos, siendo el factor de riesgo con mayor frecuencia de presentación, seguido por el tabaquismo con un 40,5%. La cardiopatía isquémica, con un 29,1%, el consumo excesivo de alcohol (25,3%) y la diabetes mellitus (13,9%), le siguieron en orden de frecuencia. El 51,9% de los pacientes tenían antecedentes de enfermedad cerebrovascular isquémica, de los cuales el 26,6%

correspondieron a accidente isquémico transitorio (AIT) y el 25,3% a infarto cerebral, debilidad motora con un 45,6%, seguida de las alteraciones del lenguaje (22,8%), la inestabilidad y el trastorno de la conciencia, con un 7,6%, respectivamente.⁶⁸

Y por último un estudio que se reviso, y cuyo titulo es, "Características y evolución de la enfermedad cerebrovascular en una unidad de ictus dependiente de un Servicio de Geriatria", se observo que el 61,8% eran mujeres, con una edad media de $79,38 \pm 7,35$. Los pacientes, antes del evento vascular, procedian de su domicilio en un 93,1% de los casos, viviendo solos el 16,7%, con su esposo/a un 35% y con hijos un 31,3%. Tenian ayuda social domiciliaria un 6,4%. La estancia en los servicios de Neurologia fue de $6,8 \pm 4,5$. Un 7,8%, El 86,1% de los ictus fueron de perfil isquémico y el 13,9% hemorrágicos. Un 14,8% de los pacientes falleció al cabo de $16,2 \pm 8,3$ días del evento vascular. El Indice de Barthel al egresar del hospital fue de $87,47 \pm 22,23$, con una puntuación mayor de 60 en el 88,8% de los pacientes.⁶⁹

III. JUSTIFICACIÓN

La EVC es un severo problema de salud pública, que ocupa el quinto lugar en nuestro país en la lista de discapacidades.

Expertos señalan que en los siguientes 20 años la población mayor de 60 años crecerá en forma importante y en consecuencia el número de mexicanos en riesgo de EVC con el consiguiente incremento en el número de personas con discapacidad.

La sobrevivencia de los pacientes con discapacidad posterior a EVC, depende en gran parte de una rehabilitación precoz e integral, proporcionada por todo el equipo multidisciplinario de salud para cubrir la demanda de atención a dichos pacientes. La rehabilitación depende prácticamente en un 80% de la atención y manejo de la familia, que en muchas de las veces no es capacitada adecuadamente y carece de un conocimiento formal de cómo tiene que atender a un paciente con secuelas de EVC en su propio domicilio.

Existe poca información relacionada con la evaluación de la discapacidad y del grado de conocimiento que tiene la familia para proporcionar cuidados a pacientes con secuelas de EVC.

Estudios realizados con anterioridad, señalan que una vez dado de alta el paciente no continúa con un cuidado adecuado, la mayoría de estudios señalan que la familia es la principal fuente de cuidados de personas dependientes, garantizando la mayor parte de la atención que demandan. Por todo ello es necesario que todos los cuidadores tengan una formación adecuada centrada en las particularidades del paciente incapacitado con EVC que garanticen una rehabilitación precoz.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La literatura señala que las complicaciones más frecuentes en los pacientes con EVC son las neumonías, escaras, contracturas o espasticidad muscular, que a su vez ocasiona mayor demanda de recursos de salud y manejo asistencial.

En nuestro país no existe suficiente información acerca de las características del paciente con este tipo de patología en relación a su grado de dependencia a la cual se ve sometido, con qué recursos cuenta para su atención y características que tiene su cuidador familiar y qué grado de conocimientos tiene sobre su cuidado, ya que de esto dependerá para su rehabilitación o para tener una mejor calidad de vida. Por todo ello se plantea la siguiente pregunta como principal orientadora de esta investigación:

¿Cuál es el grado de dependencia del paciente con EVC para las Actividades Básicas de la Vida Diaria y su relación con el nivel de conocimientos que tiene el familiar sobre su cuidado?

V. OBJETIVOS.

General.

Analizar el grado de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AbVD) del paciente con EVC y el nivel de conocimientos del familiar sobre los cuidados necesarios del paciente con EVC.

Específicos.

- Identificar las características sociodemográficas del paciente y del cuidador familiar.
- Identificar las características clínicas del paciente con EVC y el grado de dependencia del paciente con EVC para comer, trasladarse, aseo personal, uso del retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, para vestirse y desvestirse, control de heces y control de orina.
- Identificar que apoyo recibe en lo que se refiere a la atención domiciliar y rehabilitación el paciente con EVC
- Identificar el nivel de conocimientos del familiar para planear cuidados en su domicilio, necesarios para satisfacer la dependencia del paciente con EVC y evitar complicaciones secundarias con respecto a la información siguiente: aspectos generales de la enfermedad, ejercicios para reentrenar las extremidades afectadas, postura, traslado de cama a silla, eliminación, aseo personal, vestido, para comer y para el baño
- Conocer la relación que existe entre el grado de dependencia del paciente con EVC y el nivel de conocimientos que tiene el familiar sobre su cuidado.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS.

1. Diseño del estudio.

Estudio descriptivo transversal.

2. Lugar de estudio.

Hospital General No. 1 "Gabriel Mancera", de la delegación 3 Suroeste, del IMSS y Hospital General No. 25 "Iztapalapa".

3. Población de estudio.

Se incluyo a todos los pacientes derechohabientes del IMSS, del servicio de neurología con diagnóstico de EVC y a su familiar.

4. Tamaño mínimo de la muestra.

83 pacientes con EVC y el familiar responsable de su cuidado.

5. Criterios de Selección.

Inclusión:

- Pacientes con alguna grado de dependencia por EVC con familiar o alguna persona que se responsabilizo de su cuidado.

Exclusión.

- Aquellos pacientes que no se pudieron localizar después de la alta hospitalaria.
- Aquellos pacientes o familiares que se negaron a participar en el estudio, ya sea en la valoración o en la entrevista
- Pacientes asegurados sin familiar o persona responsable para su cuidado.
- Pacientes que murieron durante los primeros 15 días

6. Técnica de recolección de datos:

La información se obtuvo en primer lugar por medio de los expedientes clínicos recabando información acerca del tipo de EVC, secuelas neurológicas y posteriormente se entrevistó en medicina interna aquella persona que se encontró en la visita hospitalaria con el paciente para hacer una selección de aquellos pacientes que contaron con un familiar responsable para su cuidado y se tomó datos personales. La segunda etapa consistió en localizar al familiar por vía telefónica para la obtención de datos acerca del grado de dependencia del paciente al salir del hospital y del nivel de conocimientos de conocimientos que recibió el familiar sobre el cuidado del paciente.

7. Instrumento

El instrumento fue un cuestionario estructurado dividido en dos partes, la primera tuvo el objetivo de identificar todos los datos relacionados al paciente y el grado de dependencia por medio del índice de Barthel, este índice mide la independencia funcional en el cuidado personal y la movilidad del paciente. Contiene 10 ítems consideradas como AbVD: alimentarse, trasladarse de la cama a la silla, aseo personal, ir al cuarto de baño, bañarse, deambular, subir y bajar escaleras, vestirse y controlar esfínteres, cada ítem puntúa el grado de independencia del paciente para llevar a cabo una tarea o AbVD en diferentes grados: de modo independiente, con algo de ayuda o dependiente de otra persona. Se puntúa de 0 a 100, con incremento de cinco en cinco puntos, los valores más elevados indican mayor independencia, y el valor cero representa el peor estado funcional. El segundo apartado identifica todos los datos del familiar y por medio de nueve bloques que se relacionan con los cuidados más necesarios señalados por la mayoría de literatura revisada, que garanticen una rehabilitación precoz o bien que eviten aquellas complicaciones más frecuentes en dichos pacientes.

8. Análisis Estadístico.

Los datos se mecanizaron en una base de datos y se analizarán mediante el programa SPSS versión 10, del cual se obtuvo las frecuencias simples, medidas de tendencia central como promedio y desviación estándar para variables cuantitativas como la edad, razones y proporciones para variables nominales como el sexo. Y para medir asociación entre las

variables, se realizaron pruebas de hipótesis para corroborar la asociación a través de la prueba de χ^2 , Razón de Riesgo (RR), con intervalos de confianza al 95% (IC95%).

9. Aspectos Éticos

El presente trabajo no presentó riesgos a la población de estudio, ya que en ningún momento se realizaron intervenciones que amenazara la integridad física, por lo que no se requirió autorización escrita con consentimiento informado, se les invitó a participar voluntariamente, previa explicación, solicitándoles su autorización verbal.

VII. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE Y DEL CUIDADOR FAMILIAR.

Operacionalización: En primer lugar la información del paciente, se obtuvo del expediente clínico, y posteriormente se confirmó y complementó de lo que el familiar refirió al momento de la entrevista telefónica.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	DEFINICIÓN	VALORES DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad (del paciente y cuidador familiar)	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento al momento que se realizó la entrevista.	Años cumplidos	De razón.
Sexo (del paciente y cuidador familiar)	Característica biológica que clasifica a los individuos en hombres o mujeres.	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
Ocupación (del paciente y cuidador familiar)	Ocupación o trabajo que el familiar desempeña dentro del día o fuera del hogar.	1. Labores del hogar. 2. Comerciante 3. Artesano 4. estudiante 5. Jubilado 6. Pensionado 7. En el área profesional 8. Otros.	Nominal
Estado civil (del paciente y cuidador familiar)	Condición legal del familiar ante la sociedad	1. Soltero (a) 2. Casado(a) 3. Unión libre 4. Separado (a) 5. Divorciado (a) 6. Viudo (a)	Nominal
Escolaridad (del paciente y cuidador familiar)	Es la educación formal, en donde se considera el total de años de estudio, con el grado último alcanzado	1. Analfabeta 2. Solo sabe leer y escribir 3. Primaria 4. Secundaria 5. Técnico 6. Preparatoria 7. Licenciatura.	Ordinal

Nivel socioeconómico**	Es el conjunto de condiciones sociales, culturales y de vivienda que se integran para el bienestar del individuo y que divide a la población en niveles económicos	Material del Piso: Recubrimiento = Bueno Cemento = Regular Tierra = Malo Agua Potable: Dentro de la vivienda = Bueno Fuera de la vivienda = Regular Otro = Malo Drenaje: Baño = Bueno Fosa/ letrina = Malo Hacinamiento: No hacinado = Bueno Semihacinado = Regular Hacinado = Malo Pertenencias: >6= Bueno 4-6= Regular <4= Malo Ingresos por semana: >\$1999 = Bueno 501- 1999= Regular <501= Malo Escolaridad del jefe de familia: >a 12 años = Bueno 9-12 = Regular < 12 años = Malo Tipo de vivienda: Casa /Residencia = Bueno Condominio = Regular Cuarto / Depto Social = Malo	Cualitativa y ordinal.
Tipo de convivencia	Son las personas con quienes comúnmente residen con el paciente con Enfermedad Vasculat Cerebral.	1. Pareja/ esposa 2. Pareja e hijos 3. Hijo Soltero 4. Familia de su hijo(a) 5. Otro	Nominal
Parentesco con el paciente	Vínculo familiar, por consanguinidad o afinidad	1. Esposa/ pareja 2. Hija(o) 3. Nieta(o) 4. Hermana(o) 5. Sobrina(o) 6. Otro(o)	Nominal
Apoyo que recibe el cuidador familiar	Número de personas que apoyan al familiar para el cuidado del paciente con Enfermedad Vasculat Cerebral	1. No cuentan con alguien más 2. Cuentan con una persona 3. Cuentan con 2-3 personas 4. Cuentan con 4-5 personas	Ordinal

**Para conformar el nivel socioeconómico se les dio un peso a las características de la vivienda y también al número de pertenencias, ingreso por semana y escolaridad del jefe de familia para que posteriormente se dividió en terciles (nivel bajo, medio y alto)

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON EVC.

La información con respecto al tipo de EVC, enfermedades concomitantes y secuelas se obtuvo del expediente clínico y las demás variables de la información que nos proporciono el cuidador familiar, por medio de la entrevista telefónica.

VARIABLES	DEFINICIÓN	VALORES DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Unidad Hospitalaria	Hospital del IMSS donde atendieron al paciente con enfermedad Vascular Cerebral en su etapa aguda.	1. Hospital General No. 1 "Gabriel Mancera". 2. Hospital General No. 25 "Iztapalapa".	Nominal
Tipo de EVC	Clasificación de la Enfermedad Vascular Cerebral según el tipo de lesión. EVC Isquémico, cuando un embolo trombo obstruye una arteria cerebral, el Ataque Isquémico Transitorio (AIT), es la interrupción temporal del aporte sanguíneo a una área del cerebro (déficit resuelto en no más de 24 hrs) ocurre cuando y EVC Hemorrágico, es cuando se rompe bruscamente un vaso cerebral, por lo que la sangre penetra al tejido cerebral.	1. EVC Isquémico 2. EVC Hemorrágico 3. AIT	Nominal
Muerte Intrahospitalaria	Es la muerte hospitalaria del paciente que sufrió un Evento Vascular Cerebral.	1. Si 2. No	Nominal
Días de estancia Hospitalaria	Número total de días que estuvo internado el paciente con EVC en el la Unidad Hospitalaria	1. Menos de 7 días 2. De 7 a 14 días 3. De 14 a 20 días 4. De 21 a 27 días 5. Más de 27 días	Ordinal
Enfermedades Concomitantes	Son aquellas enfermedades crónico degenerativas que se suman a la EVC.	Si tiene o no tiene las siguientes enfermedades: 1. Diabetes Mellitus 2. HAS 3. Cardiopatía 4. EVC previa 5. Artrosis 6. Osteoporosis	Nominal
Secuelas	Aquella alteración neurológica que resulta	Hemiplejía	Nominal

	de una EVC.	Hemiparesia Alt. Sensitiva /motora en las 4 extremidades Alt. Sensitiva /motora en la extremidad torácica der. Inconscientes Alteración de la comunicación Alteración Visual Alteración en la Alimentación Desorientación	
Extremidad Afectada	Es aquella extremidad del cuerpo del paciente con EVC, que sufrió algún daño motor.	Miembro Torácico Der. Hemicuerpo Der. Hemicuerpo Izq. Todas las extremidades Ninguna	Nominal
Rehabilitación	Inclusión o no del paciente al programa de rehabilitación, que ofrece la Institución.	1. Si 2. No	Nominal
Programa de ADEC	Inclusión o no del paciente al programa de Atención Domiciliaria para enfermos Crónicos, que ofrece la Institución	1. Si 2. No	Nominal
Complicaciones	Situaciones, que dificultan la calidad de vida del paciente con EVC.	1. Si 2. No ¿Cuál fue?	Razón

Grado de dependencia para las Actividades Básicas de la vida diaria del paciente con EVC.

Definición: Las actividades de la vida diaria son el conjunto de las actividades primarias consideradas como aquellas imprescindibles para sobrevivir (comer, trasladarse de silla/cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces y control de orina) y que dotan al paciente de una autonomía e independencia elementales sin precisar la ayuda de otros

Operacionalización: Se valoro por medio de una entrevista estructurada aplicada al familiar y/o paciente tomando como instrumento la escala de Barthel (ver tabla, para las Actividades Básicas de la Vida Diaria) La interpretación se realizo en base a los parametros que establecen muchos estudios, la puntuación fue: Dependencia total, 0-15 Dependencia grave 20-35, Dependencia moderada de 40 a 55 Dependencia leve 60 a 95 Independencia 100 puntos.

Escala: ordinal.

Nivel de Conocimientos del familiar sobre los cuidados del paciente con EVC para sus Actividades Básicas de la Vida.

Definición: Los conocimientos que tiene el familiar respecto al cuidado de las necesidades para las actividades básicas de la vida diaria del paciente con EVC.

Operacionalización: Se valoró por medio de la entrevista telefónica, transcurridos 30 días después de la fase aguda de la EVC. Y para conformar el nivel de conocimientos se le dio un peso a cada una de las preguntas, y posteriormente se dividió en cuartiles la suma de todas las preguntas, considerando los siguientes rangos : Muy pocos conocimientos = <2.5, pocos conocimientos = de 2.5 a 4.4, suficientes conocimientos = de 4.5 a 7.4 y excelentes conocimientos = > 7.5

OPERACIONALIZACIÓN	VALORES DE LA VARIABLE	ESCALA
Se le preguntó al familiar y/o paciente acerca de la información que recibió acerca de la patología Y por último se le dió un valor a cada uno de dichos aspectos y la suma equivaldrá al indicador respectivo	Diagnóstico: 1= Si sabe 2= No sabe	Nominal
	Número de causas señaladas 0= No sabe 1-2= Sabe poco >2= Sabe mucho	Ordinal
	Número de Complicaciones señaladas: 0= No sabe 1-2= Sabe poco >2= Sabe mucho	Ordinal
Lo que refiera el familiar acerca de la información recibida sobre los ejercicios para reentrenar las extremidades afectadas	Ha recibido información acerca de algun ejercicio 1= Si 2= No	Nominal

Lo que responda a la entrevista el familiar sobre los conocimientos de la postura.	Conocimientos sobre la postura: 1= Si 2= No	Nominal
	Importancia de la postura: Número de aspectos mencionados. 0 = No sabe 1 = Conoce poco 2 o más = Conoce mucho	Ordinal
	Número de Aditamentos para la postura mencionados 0= No sabe 1-2= Suficiente 3 o más = Adecuados	Ordinal
Los conocimientos que refiera el familiar y/o el pte al momento de la entrevista.	Información del traslado de cama a silla: 1= No conoce 2= Si conoce	Nominal
	Importancia del traslado: Número de aspectos señalados. 0 = No sabe 1 = Conoce poco 2 o más = Conoce mucho	Ordinal
Conocimientos sobre el reentrenamiento de la eliminación	Información de reentrenamiento intestinal: Número de aspectos mencionados. 0= No sabe 1-2= Suficiente información 3 o más = Adecuada información	Ordinal
	Información de reentrenamiento vesical: Número de aspectos mencionados 0= No sabe 1-2= Suficiente información 3 o más = Adecuada información	Ordinal
Conocimientos referidos por el familiar sobre el aseo y arreglo personal	Fomenta el autocuidado 1= Si 2= No	Nominal
Lo referido por el familiar y/o el paciente sobre la información que tiene sobre el vestido	Información sobre estrategias para el vestido: Número de estrategias señaladas: 0 = No sabe 1 = Conoce poco >1 = Conoce mucho	Ordinal
Información del familiar relacionada con el comer del paciente	Técnicas para el comer. Número de técnicas señaladas. 0= No sabe 1-2 = Conoce poco >2 = Conoce mucho	Ordinal

<p>Conocimientos referidos por el familiar y/o el paciente sobre el baño</p>	<p>Información del baño: Número de aspectos señalados: 0= No sabe 1= Conoce poco >2= Conoce mucho</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Lo que refiere el familiar al momento de la entrevista. De el apoyo profesional brindando sobre el cuidado del paciente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria</p>	<p>Que o quien del personal de la salud le ofreció apoyo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermería. 2. Medico. 3. Trabajador Social. 4. Fisioterapeutas. 5. Psicólogos. 6. Otros. 	<p>Nominal</p>

VIII. RESULTADOS

El número de sujetos estudiados fue de 83 pacientes con diagnóstico de EVC, 47 casos atendidos en el Hospital No. 1 "Gabriel Mancera" y 36 casos en el Hospital General de zona No. 25 "Iztapalapa". En el cuadro 1 se muestran las características sociodemográficas de los pacientes estudiados que indicaron los siguientes resultados: un predominio del sexo femenino con un 61%, la edad media fue de 69,5 años (intervalo de 23-94 años), con un 62.6% entre los 60-79 años, y un 7.8% con edades inferiores a los 60 años, con respecto al estado civil la mayoría tenían pareja (47%), o bien eran viudos en un 41%. La ocupación más común entre los pacientes antes del evento vascular era ama de casa en el 50.6% de los casos y el 32.5% eran jubilados, según la escolaridad cabe destacar que la mayor proporción tenía la primaria (27.7%), o solo sabía leer y escribir (21.7%), y que generalmente los pacientes conviven con la familia de su hijo(a) (34.9%) o bien con su pareja e hijos (31.3%).

Según las características socioeconómicas de la población como se muestra en el cuadro 2, cuentan con casa el 54% de los pacientes, el piso de la vivienda tenía recubrimiento en 65.1%, solamente 3 (3.6%) personas no contaban con disposición de agua potable dentro de su vivienda, carecía de drenaje una persona y con relación al nivel de hacinamiento (número de personas por cuarto) sólo destacó una sola persona en situación de semihacinamiento y el resto (98.8%) no eran hacinados. En cuanto a las pertenencias se refiere, la mayoría disponían de teléfono (92.8%), refrigerador (91.6%), lavadora (80.7%), equipo modular (66.3%) y automóvil (56.6%), y en menor proporción poseían microondas, celular, computadora, sky e Internet. La distribución por terciles del ingreso familiar por semana comúnmente ascendía a un intervalo de 500 a 1999 pesos (53%) y lo más frecuente fue que 37(44.6%) jefes de familia tenían entre 9 y 12 años de escolaridad. Teniendo en cuenta todas estas características se conformó un índice socioeconómico, dándole peso a cada una de estas características que posteriormente se dividió en terciles, y donde se obtuvo como resultado, que gran parte de la población gozaba de un alto nivel socioeconómico (65%). (ver gráfico 2)

En función a las características clínicas de los pacientes estudiados, el tipo de EVC más habitual resultó ser el isquémico en el 75.9% de los casos, la muerte intrahospitalaria ascendió a 9 casos, de los cuales fallecieron 2 durante la primer semana. La estancia media

hospitalaria fue de 13.6 días, representando la mayor frecuencia con un 38.6% entre 7 a 14 días. (ver cuadro 3)

Durante la fase aguda se produjeron 2 fallecimientos, por lo que los pacientes para el seguimiento fueron 81, de estos únicamente 4 pacientes no tenían una enfermedad concomitante y de los que presentaron al menos una enfermedad, predominaba la hipertensión arterial sistémica con un 81.8% , seguida de la diabetes mellitus (44.2%) y el 27.7% tenían antecedente de EVC previa. Al excluir a los pacientes con AIT solo quedaron 77 de los cuales, las tres secuelas neurológicas con más prevalencia fueron en orden decreciente: las alteraciones en la comunicación (55.8%), hemiplejia (44.2%) y hemiparesia (42.9%), y en relación con la extremidad afectada el hemisferio derecho (44.2%) fue el más afectado. (ver cuadro 4)

Para el seguimiento de estos pacientes, se contactaron a los cuidadores familiares, por medio de llamadas telefónicas, después de haber transcurrido un mes del diagnóstico de EVC. El índice de Barthel, utilizado para medir el grado de dependencia del paciente, según la percepción del cuidador familiar, arrojó los siguientes resultados; que la mayor parte de los pacientes fueron totalmente incapaces (puntaje de 0) de llevar a cabo la actividad de bañarse (75.3%), de asearse y arreglarse (54.3%), y de subir y bajar escaleras(51.8%). Así como también la mayoría de los pacientes necesitaban ayuda (puntaje de 5) para vestirse (54.3%), para el traslado de cama a silla (46.9%), para ir al baño (45.7%) y para desplazarse (30.1%) Y por otra parte el 38.3% de los pacientes presentaron problemas para el control de heces y el 44.4% presentaron problemas de control urinario.

Para conformar el índice de Barthel se sumó el total de las 10 actividades de la vida diaria y se dividió en cinco intervalos, tomando como rangos los más utilizados en otras investigaciones los resultados reflejaron que la mayor proporción de los pacientes presentaron una dependencia moderada y leve en un 27.2% respectivamente y en un 21% de los pacientes presento dependencia total (- 20 puntos) (ver gráfico 3). Del total de los pacientes con EVC solo se incluyó el 36.4% al programa de rehabilitación y el 27.7% al programa de atención domiciliar. (ver cuadro 6)

El perfil sociodemográfico del cuidador familiar más habitual es, de una mujer (75%), casada (71%), ama de casa (61%), con una escolaridad de primaria o secundaria (54.6%),e hija del paciente con EVC (59.7%), que no cuentan en la mayoría de las veces con alguien más para

el cuidado del paciente (40.3%), o bien cuentan con 2 o 3 personas más en un 32.5% de los casos. (ver cuadro 7)

En relación a los conocimientos que tiene el cuidador familiar respecto a la EVC que se muestran el cuadro 8, se encontró que 98.7% conoce el diagnóstico del paciente pero solo el 67.1% sabe su significado, el 58.4% conoce al menos un factor de riesgo para la EVC, de los 2 más conocidos fueron la hipertensión arterial (66.7%) y la dieta (46.7%), de los 51.9% de los familiares que están informados sobre las complicaciones que presenta este tipo de pacientes, las úlceras por presión (70%) y las contracturas (62.5%) fueron las más mencionadas, y solo al 20.8% de los casos no se le informó acerca del pronóstico del paciente.

La proporción de los familiares que poseen conocimientos sobre el cuidado del paciente con EVC según su grado de dependencia, donde destacan los siguientes datos, el 60.3% de los familiares tiene alguna instrucción sobre los ejercicios, de los cuales solo el 30.1% de los familiares fomentan la autonomía del paciente. En lo referente a una adecuada postura del paciente solo muestran conocimientos 20 de ellos (35.1%), de los cuales señalan las úlceras por presión, como una posible complicación si no se vigila una adecuada postura del paciente y entre los aditamentos para prevenir complicaciones más enseñados, fue el uso de saquitos de arena o alpiste (80%), y el colchón de agua (50%). por otra lado pocos familiares tienen información relacionada al baño (31.1%), y de los aspectos que más se les enseñó fue, el verificar la temperatura del agua y colocar un asiento dentro de la regadera en el 73.7% de los casos y por último se destaca la escasa información que tiene el familiar en lo que se refiere al traslado (5.9%), eliminación (8.3%), y vestido (4.6%). (ver cuadro 9,10,11 y 12)

Para conformar el índice de conocimientos que se muestra en la gráfica 4, se le dio un peso a cada uno de los aspectos que se tomaron en cuenta para evaluar la información que tenía el familiar sobre el cuidado del paciente con EVC y posteriormente se dividió el total del puntaje en cuatro categorías obteniendo como resultado que la mayor proporción de los familiares tienen entre muy pocos (48%) y pocos conocimientos para el cuidado de dichos pacientes. Y en relación al personal de salud que más informó sobre los cuidados necesarios en este tipo de pacientes, fue el personal de enfermería con un 77.9%, seguido del fisioterapeuta con el 47.7%. (ver cuadro 13)

Cabe hacer mención que no se tenía contemplado en los objetivos identificar las complicaciones de estos pacientes, sin embargo, debido a las observaciones más mencionadas por los cuidadores familiares, al momento de la entrevista telefónica, fueron las complicaciones que tuvo en este periodo el paciente, por tal motivo se considero de gran relevancia tomarlas en cuenta, y donde se obtuvo los siguientes resultados: De los 77 pacientes estudiados, 38 presentaron alguna complicación, y entre las dos más frecuentes fue la presencia de úlceras por decúbito y las infecciones de vías urinarias. (cuadro 14)

El grado de dependencia del paciente con EVC, es un factor que determina los cuidados que va a demandar del familiar, por tal motivo se cruzaron las características del paciente y del cuidador familiar en relación al grado de dependencia (total, grave, moderada y leve), obteniendo los siguientes resultados (ver cuadros 15, 16, y 17):

Pacientes con grado de dependencia total

Las características de este grupo de pacientes fueron en su mayoría del sexo femenino (64.7%), mayor de 79 años (41.2%), y un 35.3% ya estaban jubilados, una de las enfermedades concomitantes más frecuentes que presentaron fue la hipertensión arterial sistémica (94.1%) y el 35.3% de los pacientes habían sufrido una EVC previa, las secuelas que más se manifestaron fue la hemiplejía (52.9%), y la alteración en la comunicación (41.2%), y el hemisferio derecho fue el más afectado (35.3%), a su alta hospitalaria el 76.5% recibió atención domiciliar y un 23.5% se incluyeron a un programa de rehabilitación, destacando que un 17.6% no recibió atención domiciliar como rehabilitación. Generalmente estos pacientes son cuidados por una mujer (58.8), de 30 a 49 años (41.2%), quienes cuentan con el apoyo de 2 o 3 personas, y poseen un nivel muy bajo de conocimientos (52.9%), para el cuidado de este tipo de pacientes.

Pacientes con grado de dependencia grave

La mayoría de los pacientes correspondían al sexo femenino (64.7%), con una edad mayor a los 79 años (40%), un 26.7% estaban jubilados, las dos enfermedades concomitantes más importantes que tuvieron estos pacientes fueron la hipertensión arterial (80%) y la diabetes

(53.3), respecto a las secuelas más frecuentes observadas fueron la alteración en la comunicación (86.7%) y la hemiplejía (73.3%), la extremidad más afectada fue el hemicuerpo izquierdo (53.3%). Se destaca que solo el 26.7% de los casos recibió atención domiciliaria y el 46.7% rehabilitación y el 45.5% de los casos no recibieron ninguno de los dos programas de atención. Este grupo de pacientes prevalentemente son cuidados por un familiar del sexo femenino (86.7%) con un intervalo de edad de 30 a 49 años (26.7%), el 40% no cuentan con alguien más para el cuidado y de los 76.5% de los familiares que cuentan con alguien el 66.6% de ellos cuentan con 2 o 3 personas más, y un 53.3% de los familiares presentan un nivel muy bajo de conocimientos sobre los cuidados de estos pacientes.

Pacientes con grado de dependencia Moderada

El 59.1% de los pacientes eran mujeres, con una edad entre los 60 a 69 años (45.5%) y el 26.7% representaba a los jubilados. La hipertensión arterial (90.9) y la diabetes (50%) fueron las enfermedades concomitantes más frecuentes y en relación a las secuelas más relevantes fueron la alteración en la comunicación (63.6%) y la hemiparesia(54.5%), el hemicuerpo izquierdo (50%) fue el más afectado. Después del alta hospitalaria cabe señalar que una gran proporción de los pacientes (54.5%) no se les incluyó tanto en el programa de atención domiciliaria como en el de rehabilitación, y de los que si se incluyeron un 18.2% si recibió atención domiciliaria y un 50% rehabilitación. El perfil del cuidador familiar más común en este tipo de pacientes fue el de una mujer (77.3%) de 50 a 69 años (59.1%), con apoyo familiar en un 45.5% de los casos de los cuales cuentan con una persona más para el cuidado(57.1%) y tienen un nivel de conocimientos muy bajo (59.1%), sobre el cuidado del paciente con EVC

Grado de dependencia leve

Las características más frecuentes en estos pacientes fueron las siguientes, predominó el sexo femenino (68.2%), con un intervalo de edad entre los 60 y 69 años (36.4%), quienes presentaban hipertensión arterial sistémica en un 68.2% de los casos y diabetes en un 40.9%, las tres secuelas más comunes fueron la hemiparesia (63.6%), alteración en la comunicación (36.4%) y desorientación (36.4%), el hemicuerpo derecho se vio afectado en el

50% de los casos. En este grupo de pacientes se manifiesta que a nadie se le incluyo en el programa de atención domiciliaria y que al 45.5% de ellos se les proporciono rehabilitación y a la mayoría no se le integro a ninguno de los dos programas (54.5%). Los familiares que cuidan generalmente a estos pacientes son del sexo femenino (77.3%), con una edad entre los 50 y 69 años, quienes en su mayoría no cuentan con otra persona que le apoye (54.5%), y el 72.8% de los familiares cuentan con un nivel de conocimientos entre muy bajos y bajos, sobre el cuidado del paciente.

En relación al estado civil, ocupación anterior a la EVC y tipo de convivencia, en los cuatro intervalos del grado de dependencia descritos, la mayoría de los pacientes eran casados o viudos, amas de casa, que convivian con la familia de su hijo (a) y con respecto al cuidador familiar era casado, ama de casa e hija del paciente con EVC.(cuadros 15,16,17 y 18

Conocimientos del cuidador familiar y programas de atención domiciliaria y de rehabilitación en relación al grado de dependencia del paciente con EVC.

Al cruzar las variables, grado de conocimientos y programas de atención domiciliaria y de rehabilitación en relación al grado de dependencia se observo que en el rublo de dependencia total de aquellos pacientes que no recibieron ningún programa de los mencionados, ninguno de los familiares tenían conocimientos, mientras que los familiares que si tenían conocimientos sobre el cuidado del paciente con EVC de los pacientes que fueron incluidos a atención domiciliaria, represento solo el 23 1%, comparados un 66.7% que se incluyeron a rehabilitación. En lo que respecta a los pacientes con dependencia grave se destaca que aquellos que recibieron atención domiciliaria, ningún familiar muestra conocimientos y de aquellos con rehabilitación, sólo el 16 7% los muestran. Sin embargo los que no reciben ninguno de los dos, el 20% de los cuidadores familiares tienen conocimientos. Los pacientes con dependencia moderada que reciben atención domiciliaria un 25% de sus familiares tienen conocimientos y el 33% de los que recibe rehabilitación, mientras que ninguno de los familiares presenta conocimientos de aquellos que no se incluyeron en los programas. En relación a los pacientes con dependencia leve tan solo un 16.7% tiene conocimientos de los que no se incluyeron en ningún programa y el 20% de los que se incluyo en rehabilitación. (ver gráficos 6, 7 y 8)

Al relacionar las características del paciente con la admisión a rehabilitación se puso en manifestó que en nuestra población de estudio presentaba la mayoría una edad menor a los 60 años, con un ligero aumento de porcentaje en relación a los que no presentaron hipertensión arterial sistémica (42.9%) y de aquellos que si presentaron cardiopatía (46.2%), la mayoría tuvo alteración en la comunicación (51.2%) desorientación (44.8%) y no presentaron incontinencia (48.8%) o bien tienen un accidente por semana de incontinencia (41.7%). (cuadro 19)

Complicaciones y grado de conocimientos del familiar sobre el cuidado del paciente con EVC.

De los pacientes que presentaron alguna complicación se destaca que la mayoría no tienen conocimientos: los que presentaron úlceras por decúbito el 70% no tenían conocimientos, para infección de vías urinarias un 84.6%, dolor en hombro y mano un 75%, rigidez articular un 80%, en neumonía un 87.5% en la depresión un 80% y en las caídas un 100%. (Cuadro 20). Al analizar la asociación existente entre el nivel de conocimientos del familiar y la presencia de alguna complicación se destaca, que los familiares que no tienen conocimientos para cuidar al paciente con EVC tienen, 3 veces mayor riesgo de presentar úlceras por presión y el 65% de probabilidad de presentar hombro doloroso. (Ver cuadro 21)

IX. DISCUSIÓN

La enfermedad Vascul ar Cerebral es un problema de salud de primer orden por su alta frecuencia y por su impacto tanto sobre los enfermos y sus familiares, como sobre la sociedad, por la alta frecuencia de discapacidades funcionales que deja en los supervivientes, ocupando el quinto lugar en la población del IMSS en 1998.⁷⁰

Diversas características del paciente, de su cuidador familiar y del apoyo formal con el que cuentan, influye en su evolución y calidad de vida, sin embargo no se encontraron estudios que señalen cual es la situación en estos pacientes. Los resultados del estudio demuestran que en su mayoría los pacientes son del sexo femenino, hecho probablemente atribuible a la mayor esperanza de vida que presentan estas pacientes⁷¹, la edad media fue de 69.5 años, edad que no difiere mucho comparada con otros estudios^{72,73} (64.7-69.7 años) y solo el 7.8% presenta una edad menor a 60 años, considerando importante este dato ya que los pacientes que tienen mayor edad presentan mayor dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y por consecuencia demandan mayor cuidado de su familiar.

También se observó que la mayor proporción de los pacientes, presentó bajo nivel de escolaridad, su ocupación antes la EVC en la mayoría era de ama de casa, y sólo el 16.8% realizaban una actividad laboral, y poco más de la mitad de los pacientes no tenían pareja (53%), estos resultados concuerdan con los datos de la CONAPO, ya que las mujeres presentan tasas de analfabetismo más elevadas que los hombres, carecen de empleos formales, y una buena parte de sus últimos años la pasan solas, por viudez o separación⁷⁴, este última característica podría no beneficiar mucho al paciente ya que algunos estudios describen una mejor evolución del paciente en el domicilio, cuando el paciente está casado, ya que su cónyuge le proporciona compañía y le apoya en las actividades de la vida diaria.⁷⁵ El nivel socioeconómico observado en la población de estudio fue alto, debido probablemente a que es una población homogénea ya que es derechohabiente del IMSS.

La EVC isquémica supuso la mayoría de los casos (75.9%), este porcentaje es más o menos similar al señalado en la literatura, que nos dice que este tipo de EVC se presenta aproximadamente en un 80% de todas las EVC⁷⁶. Una cantidad importante de los daños a la salud no se traduce en muerte sino en discapacidad⁷⁷, hecho que se corroboró en el estudio ya que la muerte intrahospitalaria ascendió solo al 10.8%. Y en la mayoría de los casos se

describieron enfermedades concomitantes, ya que sólo 4 casos no presentaron ninguna enfermedad, de las que figuraban entre las más frecuentes al igual que en otros estudios^{78,79} fue la hipertensión arterial sistémica, misma que se relaciona con mayor predisposición a padecer una EVC.⁸⁰ y un poco más de la cuarta parte de los pacientes tenían antecedentes de EVC previa. Las secuelas son muy frecuentes en este tipo de pacientes, concordando con otras investigaciones^{81,82} las dos secuelas más observadas fue, la alteración en la comunicación y la alteración motora del hemicuerpo generalmente del lado derecho, y las menos frecuentes fueron la alteración motora en las cuatro extremidades y la alteración visual.

Ya que la enfermera es la única pieza del equipo interdisciplinario que pasa con el paciente las veinticuatro horas del día, todas estas características clínicas del paciente con EVC, le proporcionan información necesaria para planificar los cuidados que va a demandar el paciente y la información que va a necesitar su familia como fuente primaria del cuidado domiciliario. El conocer por ejemplo, que estos pacientes en su mayoría son personas con hipertensión arterial permite planificar acciones de intervención relacionadas a este tipo de patología, e informar sobre estos cuidados al familiar, garantizando de esta manera un mejor control de la hipertensión y se reduzca así el riesgo a una EVC recurrente que traería consigo mayor grado de dependencia según los resultados de este estudio y en relación a las secuelas el personal de enfermería debe proporcionar una rehabilitación precoz desde los primeros días de hospitalización, considerando como primera necesidad el estar capacitada para la atención en los pacientes con alteraciones de la comunicación y motores de la mitad del cuerpo durante su estancia hospitalaria que suele ser una media de 13.6 días.

En la actualidad no se dispone de información precisa sobre incidencia, pero se calcula que al año se producen 125 mil discapacidades de las cuales 43 mil corresponden a secuelas de EVC⁸³, estas discapacidades originan dependencia del paciente que recae en la familia y sobre todo en las mujeres según los resultados del estudio y de la mayoría de las investigaciones tanto nacionales como extranjeras Campbell afirma que entre las estrategias que el individuo lleva a cabo para enfrentar y vivir con la enfermedad, es buscar o recibir apoyo no sólo de profesionales de la salud, sino también y en forma importante y permanente de los miembros más cercanos de su red social, sobre todo de su familia

La información sobre el grado de dependencia de los pacientes fue obtenida de los familiares indicando de este modo su percepción, por tal razón tal vez se haya producido una pequeña subestimación del grado de dependencia, pese a que en algunos artículos se revela la existencia de un alto nivel de acuerdo con las respuestas dadas por los cuidadores principales y los beneficiarios cuando se trata de evaluar sus condiciones de salud.

La dependencia de las actividades básicas de la vida diaria según la escala de Barthel reveló que la mayor proporción de los pacientes (entre un 65.4% y un 51.8%) son incapaces para realizar las actividades como bañarse, asearse, arreglarse y subir y bajar escaleras; seguidas en menor proporción (entre un 50.6% y 30.1%) por las actividades que necesitan ayuda para vestirse, trasladarse de cama a silla, ir al baño y desplazarse. Y solo alrededor de la cuarta parte de los pacientes presentan incontinencia urinaria o de heces, sin olvidar que el 14.8 % presenta algún accidente de incontinencia. Por tal motivo las acciones de enfermería irán encaminadas sobre todo a fomentar en el paciente la autonomía en base a el entrenamiento de sus actividades básicas y empezar precozmente con ejercicios pasivos y/o activos, que influyan en la rehabilitación del paciente o bien eviten complicaciones ya que los resultados manifiestan de una forma lógica que los pacientes con alteraciones en su hemicuerpo y sobre todo el derecho tienden a presentar mayor dependencia

Con respecto al apoyo institucional que se le brindó a los pacientes y sus familiares se obtuvo que, a los pacientes que presentaron mayor dependencia se les proporcionó atención domiciliaria destacando a aquellos sobre todo que tenían dependencia mayor y excluyendo en su totalidad a aquellos con dependencia leve, sin embargo se destaca que solo un 23.1% de los familiares de los pacientes con dependencia total que se incluyeron, tienen conocimientos en relación al cuidado del paciente, hecho probablemente que se explica debido a que los conocimientos explorados fueron solo en relación a los cuidados que propiciarán autonomía y/o rehabilitación precoz o en el caso de mal pronóstico, una atención orientada a evitar las complicaciones más frecuentes que la literatura señala. La enfermera domiciliaria por lo tanto debería ofrecer al familiar más conocimientos en relación a una rehabilitación global, no importando el pronóstico bueno o malo, ya que según los resultados obtenidos un gran porcentaje de los pacientes no se encuentran inmersos en el programa de rehabilitación y se ha observado en diversos estudios que si bien la rehabilitación no puede ofrecer la recuperación del paciente, si ofrece una mejor calidad de vida.

De los pacientes que se incluyeron al programa de rehabilitación, se destacan las siguientes características generales: dependencia moderada y grave, menos de 60 años, sin problemas de incontinencia urinaria. Se postula que quizá esto tiene que ver con el pronóstico del paciente y el costo que esto implica, ya que en la literatura revisada, la edad y la incontinencia urinaria son considerados como un mal pronóstico para la rehabilitación.

En general se vió que los familiares presentaron un nivel muy bajo de conocimientos en un 49.4%, al mes de haberse presentado la EVC, y en relación a aquellos pocos familiares que si se les proporcionó información ésta fue enfocada en su mayoría a aspectos sobre los ejercicios y cambios posturales, ofrecida por el personal de enfermería generalmente. Una de las limitaciones de este estudio fue que no se valoró con mayor especificidad la calidad de los conocimientos que tiene el familiar, que tal vez hubiera sido de gran interés conocer, para determinar la calidad y el grado de comprensión de la información. No obstante la realidad es que el personal de salud y en especial enfermería, quién sería la más indicada, no esta informando o formando a la familia sobre el cuidado de los pacientes desde su etapa aguda. Actualmente hay que tomar en cuenta que se está conformando una sociedad crecientemente participativa y crítica, que con toda razón demanda más y mejor información, más opciones de atención a su salud y servicios de mayor calidad. Por tal razón, si se quiere dar una calidad en la atención, es decir, respetar al paciente como ser humano integral y buscar su satisfacción, como afirma el Secretario de Salud, debería considerarse como prioridad trabajar para fortalecer a la familia, reforzándola con recursos, con información y educación para que apoyen a sus enfermos. Ya que este grupo de pacientes experimentan un evento estresante y traumático, para el enfermo que tendrá que aprender a vivir con discapacidades y para sus familiares de los que dependerá en buena medida y a los que sobrecargará de trabajo para atenderle.

Por otra partes la complicación más frecuente de las mencionadas por el familiar, en este estudio fueron las úlceras por presión a diferencia de las manifestadas en otros estudios, en donde las más frecuentes fue la infección de vías urinarias durante la fase aguda, situación probable originada a que el familiar ignoraba los cuidados relacionados a los cambios posturales y ejercicios durante la fase aguda, ya que a la poca población que se le dio información al respecto esta fue proporcionada por la enfermera domiciliaria.

Una vez que el paciente ha superado la fase aguda y se ha estabilizado es dado de alta en el hospital y el hogar es el mejor centro para el cuidado de los pacientes que han sobrevivido a una EVC, siempre que él y su familia reciban los soportes necesarios. Por todo lo dicho es prioridad que se conformen nuevas estrategias que tomen en consideración la enseñanza de los familiares desde que el paciente se encuentra hospitalizado, esta enseñanza debería proporcionarse desde luego por el personal de enfermería que atiende la fase aguda del enfermo con EVC y continuándose con la enseñanza y supervisión de la enfermera domiciliaria, previniendo de este modo las complicaciones, para reducir y mejorar las secuelas neurológicas, así como, para aportar soluciones al enfermo y su familia junto con el resto de profesionales.

X. CONCLUSIONES

A modo de conclusión los hallazgos más importante de este estudio indicaron, que los pacientes con EVC, son personas de edad avanzada, del sexo femenino generalmente, con enfermedades crónicas como, diabetes e hipertensión arterial sistémica, y que presentaron en su totalidad alguna secuela, destacando entre las más importantes, las alteraciones motoras del hemicuerpo y alteraciones de la comunicación. Todas estas características definidas generaron en el paciente algún grado de dependencia para realizar sus actividades básicas de la vida diaria. El cuidador quien tiende a cubrir sus necesidades, frecuentemente es una mujer, adulta, hija del paciente, con muy bajo nivel de conocimientos sobre el cuidado que demanda este tipo de pacientes en relación a sus necesidades, y tanto el paciente, como su familiar están insuficientemente apoyados por los servicios que ofrece la institución. Por todo lo anterior se sugiere implicar al personal de Enfermería, en el proceso de enseñanza al familiar, enfocado a una rehabilitación precoz, ya que es el personal más idóneo para desempeñar este papel, por que es el personal que pasa las 24hrs del día con el paciente durante la fase aguda de su enfermedad y de esta manera se puede aprovechar la estancia del familiar durante la hospitalización del paciente para enseñarle los cuidados, que si bien estos no garanticen la recuperación total del paciente si se pueda brindar una calidad de vida mejor, tanto a él cómo a su cuidador familiar, al evitar complicaciones, tales como la presencia de úlceras por presión, complicación que más se presento en este estudio.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS POR ORDEN DE APARICIÓN

1. Mower D. *Tratamiento del AVC isquémico agudo*. Nurs 1997; Agosto-Septiembre: 9-13.
2. González J. *Enfermedades vasculares del cerebro*. 2000; Enero. http://mimedicó.neVdir_enfermedades/neuro/ecv.htm.
3. Vital M. *Accidente Cerebrovascular*. Oficina de Comunicaciones y Enlace Público, NINDS. Julio1,2001. http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/accidente_cerebrovascular.htm#Imagi
[ng](http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/accidente_cerebrovascular.htm#Imagi)
4. Arana A, Uribe C, Muñoz BA, Salinas FA, Celis JI. *Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. Enfermedad Cerebrovascular*. Proyecto SSA y ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA- ASCOFAME. 2000.
5. González J. (2000) Op cit
6. Idem.
7. Hayn AM y Fisher TR. *Rehabilitación del Ictus*. Nurs 1997; Agosto-Septiembre: 14-20.
8. Idem
9. TROMBLY AC. *Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*. La prensa Médica Mexicana. México, 1990 p 387-409
10. Rangel R, Martínez HR. *Avances recientes en el diagnóstico y el manejo de la enfermedad cerebrovascular isquémica aguda* Gac Med Mex, 133(5) 431-453
11. Daza J. *Enfermedad Vasculat Cerebral*. Guías en su manejo. Barranquilla. 1998; Junio. <http://www.unilibrebaq.edu.co/publicdoc002.htm>
12. Rodríguez, AR, Iglesias C. *Rehabilitación del accidente cerebrovascular* Centro de Atención Primaria de la Semfyc. Servicio de rehabilitación y medicina física. Hospital Montecelo Pontevedra. <http://www.capsemfyc.com/Intercon/lc0004/lc0004.htm>
13. Flores MT. *Rehabilitación del accidente cerebrovascular Intervenciones para mejorar la función motora en el paciente con ictus*. Rehabilitación Junio 2000; 34 (6):423 – 437.

14. Ballinger C, Ashburn A, Low J, Roderick P. *Unpacking the black box of therapy a pilot study to describe occupational therapy and physiotherapy interventions for people with stroke*. Clin Rehabil 1999; 13: 301-309.
15. Flores MT.(2000). Op cit. p. 423-437
16. Ballinger C, et al. Op cit. p. 301-309
17. Chang LH, Hasselkus BR. *Occupational therapist expectations in rehabilitation following stroke: sources of satisfaction and dissatisfaction*. Am J Occup Ther 1998; 52: 629-637.
18. Ducarne B. *Reeducación de las afasias. Generalidades*. En: Reeducación semiológica de la afasia. Barcelona. Masson 1989: 10-16.
19. Flick CL. *Stroke Rehabilitation. Stroke outcome and psychosocial consequences*. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80 (5 Supl 1): 521-526.
20. Jones M, O'Neil P, Waterman H, Web C. *Building a relationship: communications and relationship between staff and stroke patients on a rehabilitation ward*. J Adv Nurs 1997; 26: 101-110.
21. Carod FJ. *Medición de la calidad de vida en supervivientes de un ictus*. REV NEUROL 1999; 29 (5): 447-456.
22. Mahoney FI, Barthel DW. *Functional evaluation: the Barthel index*. Md Med J 1965; 14:615.
23. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. *The Barthel ADL index: a reliability study*. Int Disabil Studies 1988; 10: 613
24. Carod FJ. (1988). Op cit 447-456.
25. Larión JL. *Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano*. 2001, Suplemento 1
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple7/suple6.html>
26. TROMBLY AC. (1990) Op cit p. 388
27. Sánchez C, Ochoa S, Izquierdo M. *Pronóstico de recuperación funcional en personas supervivientes de un ictus*. Rehabilitación Junio 2000;34 (6): 412 – 422.
28. Palazón R, Hernández G, Martínez P, Moreno MR, Pérez S, López A. *Pronóstico funcional en la hemiplejía de origen vascular*. Rehabilitación Enero 2001;35(01):9 -14
<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista/fulltext?pid=12004459>
29. Arteaga A, Zarco MJ, García C. *Aportación de la rehabilitación a la prevención y manejo de las complicaciones de la fase aguda del ictus*. Rehabilitación Junio 2000, 34(6):400 – 411.

30. Tomey AM, Raile M. *Modelos y teorías en Enfermería*. Harcourt Brace. 4ª. Ed. España, 1999. pp 539.
31. Smith P. *Virginia Henderson. Los primeros noventa años*. Masson. Barcelona. 1996. pp141.
32. Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de Geriatria. , *Enfermería Geriátrica* Capitulo VI. Chile. 1997.
http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Geriatria/Geriatria_Manual/Geriat_M_29.html
33. Hernández J, Gallardo S. *Plan de Cuidados de Enfermería al Paciente con Hemorragia Subaracnoidea* 2001; Diciembre.
<http://www.arrakis.es/~solegb/paginas/protocolos/hsa.htm>
34. Arteaga A. Et al. Op cit. p. 400-411.
35. Hernández J, Gallardo S. Op cit.
36. Jiménez J, Luis MT. *Manual de Educación Sanitaria del Paciente*. Edit. Doyma. España, 1989. P. 136-153.
37. Arteaga A. Et.al. Op cit, p. 400-411
38. Swearingen P. *Manual de enfermería médico-quirúrgica*. 3ª edición Madrid: Harcourt Brace, España 1998. P. 638-646.
39. Arteaga R. *Prevención de Reposo Prolongado*. Desarrollo Científico de la Enfermera. 1993;1(3) P. 7-27
40. Luis MT. *Trastornos Neurológicos*. Doyma. España, 1998. P.64-70.
41. Jiménez J, Luis MT Op cit, p 136-153
42. Swearingen P. Op cit, p 638-646.
43. Hernández J, Gallardo S. Op cit.
44. Swearingen P Op cit, p 638-646.
45. Jiménez J, Luis MT Op cit, p. 136-153
46. Arteaga A. Et.al. Op cit, p. 400-411
47. Swearingen P Op cit, p 638-646.
48. Kaschak D, Jakovac DA. *Planes de Cuidados en Geriatria*. Ed. Mosby/Doyma Libros. 1994 España P. 194-207
49. Arteaga A. Et.al. Op cit, p. 400-411
50. Swearingen P Op cit, p 638-646
51. Kaschak D, Jakovac DA. (1994). Op cit, p. 194-207.
52. Jiménez J, Luis MT Op cit, p. 136-153

53. Fajardo G. *Prevalencias, discapacidades, fallecimientos y costos de la enfermedad vasculocerebral en México*. Arch. Neurocién (Méx.).2000;5:(4): 205-209.
54. Programa Nacional de Salud 2001-2006. *La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*. Secretaria de Salud. México 2001.
55. Fajardo G. (2000). Op cit. p. 205-209.
56. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Op cit.
57. Trujillo Z, Cárdena CI, Feria CV, et. al. *Atención domiciliaria: un modelo de atención integral*. Med Int Mex 1999;15(5):217-223.
58. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Op cit.
59. Trujillo Z, et al. Op cit. P. 217-223.
60. Ostiguin RM. *Propuesta de Intervención de Enfermería Familiar con la Teoría de Sistemas*. Desarrollo Cientif. 1999;7(9): 277-280.
61. Fraga A, Mena M. *Envejecimiento un reto adicional: IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina*. Junio 1997.
62. Trujillo Z, et al. Op cit. P. 217-223.
63. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Op cit.
64. Mateo I, Millán A, García MM, Gutiérrez P, Gonzalo E, López LA. *Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones, e impacto de cuidar*. Escuela Andaluza de Salud Pública 2001; Diciembre
65. Palazón García R, et al. (2001). Op cit. p. 9 - 14
<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista/fulltext?pident=12004459>
66. Fernández JF, Medrano R, Delgado BC. *Incapacitados con ACV. Diagnósticos, capacidad funcional y características*. Rev Rol Enf 2001, 24(4):251-255.
67. Barrero FJ, Gómez MJ, Gutiérrez J, López MI, Casado A *Análisis descriptivo de pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular* REV NEUROL 2001, 32: 511-519. <http://www.revneurolog.com/3206/k060511.pdf>
68. Fernández O Concepción, Luna L, Buergo MA, Rojas M *Caracterización de los pacientes con infarto cerebral dados de alta en un hospital de La Habana durante 1998* REV NEUROL 2001, 32 (10): 929-934
69. San Cristóbal E, Alonso M, Expósito A, Suárez M, Fernández M, Solano J. *Características y evolución de la enfermedad cerebrovascular en una unidad de ictus dependiente de un servicio de Geriatria*. Rev Esp de Geriatr y Gerontol 2001; 36 (1):21 -33.
70. Fajardo G. (2000). Op cit p. 205-209.

71. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Op cit.
72. Palazón García R. (2001).Op cit., p. 9-17
73. Fabre C, Egido J, Varela E, Ribera JM. **Factores determinantes del destino al alta tras un ictus en anciano.** Rev Esp de Geriatr y Gerontol Mayo 2001; 36(03): 145 – 149.
74. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Op cit.
75. Evans RL, Bishop DS, Haselkorn JK. **Factors predicting satisfactory home care after stroke.** Arch Phys Med Rehabil 1991;72:144-7.
76. Vital M. (2001). Op cit.
77. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Op cit.
78. Barrero FJ, et al.(2001).Op cit., p. 511-519
79. Fabre C et al.(2001).Op cit., p. 145-149
80. Ballinger C, et al. Op cit. p. 301-309
81. Kaschak D., Jakovac DA. (1994). Op cit, p. 194-207.
82. Fajardo G. (2000). Op cit. p. 205-209.
83. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Op cit. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Op cit.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS POR ORDEN DE ALFABÉTICO.

1. Arana A, Uribe C, Muñoz BA, Salinas FA, Celis JI. *Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. Enfermedad Cerebrovascular*. Proyecto SSA y ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA- ASCOFAME. 2000.
2. Arteaga A, Zarco MJ, García C. *Aportación de la rehabilitación a la prevención y manejo de las complicaciones de la fase aguda del ictus*. Rehabilitación Junio 2000; 34(6):400 – 411.
3. Arteaga R. *Prevención de Reposo Prolongado*. Desarrollo Científico de la Enfermera. 1993;1(3).P. 7-27
4. Ballinger C, Ashburn A, Low J, Roderick P. *Unpacking the black box of therapy a pilot study to describe occupational therapy and physiotherapy interventions for people with stroke*. Clin Rehabil 1999; 13: 301-309.
5. Barrero FJ, Gómez MJ, Gutiérrez J, López MI, Casado A. *Análisis descriptivo de pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular*. REV NEUROL 2001; 32: 511-519. <http://www.revneurolog.com/3206/k060511.pdf>
6. Carod FJ. *Medición de la calidad de vida en supervivientes de un ictus*. REV NEUROL 1999; 29 (5): 447-456.
7. Chang LH, Hasselkus BR. *Occupational therapist expectations in rehabilitation following stroke: sources of satisfaction and dissatisfaction*. Am J Occup Ther 1998; 52: 629-637
8. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. *The Barthel ADL index: a reliability study*. Int Disabil Studies 1988; 10: 613.
9. Daza J. *Enfermedad Vascular Cerebral. Guías en su manejo* Barranquilla. 1998; Junio. <http://www.unilibrebaq.edu.co/publicoc002.htm>
10. Ducarme B. *Reeducación de las afasias. Generalidades* En Reeducación semiológica de la afasia. Barcelona. Masson 1989 10-16.
11. Evans RL, Bishop DS, Haselkorn JK. *Factors predicting satisfactory home care after stroke*. Arch Phys Med Rehabil 1991;72 144-7.
12. Fabre C, Egido J, Varela E, Ribera JM. *Factores determinantes del destino al alta tras un ictus en ancianos*. Rev Esp de Geriatr y Gerontol Mayo 2001, 36(03) 145 – 149
13. Fajardo G. *Prevalencias, discapacidades, fallecimientos y costos de la enfermedad vasculocerebral en México* Arch Neurocién (Méx) 2000;5 (4) 205-209

14. Fernández O Concepción, Luna L, Buergo MA, Rojas M. *Caracterización de los pacientes con infarto cerebral dados de alta en un hospital de La Habana durante 1998*. REV NEUROL 2001; 32 (10): 929-934
15. Fernández JF, Medrano R, Delgado BC. *Incapacitados con ACV. Diagnósticos, capacidad funcional y características*. Rev Rol Enf 2001; 24(4):251-255.
16. Flick CL. Stroke Rehabilitation. *Stroke outcome and psychosocial consequences*. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80 (5 Supl 1): 521-526.
17. Flórez MT. *Rehabilitación del accidente cerebrovascular Intervenciones para mejorar la función motora en el paciente con ictus* Rehabilitación Junio 2000; 34 (6):423 – 437.
18. Fraga A, Mena M. *Envejecimiento un reto adicional*: IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Junio 1997.
19. González J. *Enfermedades vasculares del cerebro*. 2000; Enero. http://mim medico.net/dir_enfermedades/neuro/ecv.htm.
20. Hayn AM y Fisher TR. *Rehabilitación del ictus*. Nurs 1997; Agosto-Septiembre: 14-20.
21. Hernández, J, Gallardo S. *Plan de Cuidados de Enfermería al Paciente con Hemorragia Subaracnoidea*. 2001; Diciembre.
22. Jiménez J, Luis MT. *Manual de Educación Sanitaria del Paciente con EVC*. Edit. Doyma. España, 1989. P. 136-153
23. Jones M, O'Neil P, Waterman H, Web C. *Building a relationship: communications and relationship between staff and stroke patients on a rehabilitation ward*. J Adv Nurs 1997; 26: 101-110.
24. Kaschak D., Jakovac DA. *Planes de Cuidados en Geriatria*. Ed. Mosby/Doyma Libros. 1994 España. P. 194-207.
25. Larión JL. *Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano*. 2001. Suplemento 1
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple7/suple6.html>
26. Luis MT. *Trastornos Neurológicos* Doyma España. 1998 P 64-70
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple7/suple6.html>
27. Mahoney FI, Barthel DW. *Functional evaluation: the Barthel index*. Md Med J 1965; 14:615.

28. Manual de Geriatría. , *Enfermería Geriátrica Pontificia Universidad Católica de Chile* Capítulo VI. Departamento de Medicina Interna. Chile. 1997. http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Genatna/Genatria_Manual/Geriat_M_29.html
29. Mateo I, Millán A, García MM, Gutiérrez P, Gonzalo E, López LA. *Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones, e impacto de cuidar*. Escuela Andaluza de Salud Pública.2001; Diciembre.
30. Mower D. Tratamiento del AVC isquémico agudo. Nurs 1997; Agosto-Septiembre: 9-13.
31. Ostiguin RM. *Propuesta de Intervención de Enfermería Familiar con la Teoría de Sistemas*. Desarrollo Cientif. 1999;7(9): 277-280.
32. Palazón R, Hernández G, Martínez P, Moreno MR, Pérez S, López A. *Pronóstico funcional en la hemiplejía de origen vascular*. Rehabilitación Enero 2001;35(01);9-14 http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_fulltext?piden=12004459.
33. Programa Nacional de Salud 2001-2006. *La democratización de la salud en México.Hacia un sistema universal de salud*. Secretaria de Salud. México 2001.
34. Rangel R, Martínez HR. *Avances recientes en el diagnóstico y el manejo de la enfermedad cerebrovascular isquémica aguda*. Gac Med Méx;133(5): 431-453.
35. Rodríguez, AR, Iglesias C. *Rehabilitación del accidente cerebrovascular*. Centro de Atención Primaria de la Semfyc. Servicio de rehabilitación y medicina física. Hospital Montecelo Pontevedra. <http://www.capsemfyc.com/Intercon/lc0004/lc0004.htm>
36. Sánchez C, Ochoa S, Izquierdo M. *Pronóstico de recuperación funcional en personas supervivientes de un ictus*. Rehabilitación Junio 2000;34 (6) 412 – 422
37. San Cristóbal E, Alonso M, Expósito A, Suárez M, Fernández M, SolanoJ. *Características y evolución de la enfermedad cerebrovascular en una unidad de ictus dependiente de un servicio de Geriatría*. Rev Esp de Genatr y Gerontol 2001; 36 (1);21 –33.
38. Smith P. *Virginia Henderson. Los primeros noventa años* Masson. Barcelona. 1996. pp141.
39. Swearingen P. *Manual de enfermería médico-quirúrgica* 3ª edición Madrid: Harcourt Brace, España.1998. P. 638-646
40. Tomey AM, Raile M. *Modelos y teorías en Enfermería* Harcourt Brace 4ª Ed. España, 1999 pp 539.
41. TROMBLY AC. *Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*. La prensa Médica Mexicana. México, 1990

42. Trujillo Z, Cárdena CI, Feria CV, *et. al.* *Atención domiciliaria: un modelo de atención integral.* Med Int Mex 1999;15(5):217-223.

43. Vital M. *Accidente Cerebrovascular.* Oficina de Comunicaciones y Enlace Público, NINDS. Julio1,2001.

http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/accidente_cerebrovascular.htm#Imaging

ANEXOS

CUADRO 1
Datos demográficos de los pacientes con Enfermedad Vascular Cerebral
de la población estudiada (n= 83).

Variabla	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Menos de 60 años	11	7.8
De 60 a 69 años	29	34.9
De 70 a 79 años	23	27.7
Más de 80 años	20	24.1
Sexo		
Femenino	51	61.4
Masculino	32	38.6
Estado Civil		
Soltero	8	9.6
Casado	36	43.4
Viudo	34	41
Divorciado	2	2.4
Unión Libre	3	3.6
Ocupación Actual		
Jubilado	27	32.5
Ama de casa	42	50.6
Ventas	7	8.4
Otra	7	8.4
Ocupación Anterior		
Ama de Casa	29	34.9
Ramo Profesional	13	15.7
Obrero	12	14.5
Secretaria	2	2.4
Comerciante	14	16.9
Otra	13	15.7
Escolaridad		
Analfabeta	15	18.1
Lee y escribe	18	21.7
Primaria	23	27.7
Secundaria	5	6
Bachillerato	6	7.2
Carrera Técnica	4	4.8
Licenciatura	12	14.5
Tipo de Convivencia		
Pareja	6	7.2
Pareja/hijos	26	31.3
Hijo Soltero	11	13.3
Hijo/familia	29	34.9
Otro	11	13.3

Fuente: Encuesta de "Grado de dependencia del paciente con EVC y conocimientos que tiene el familiar sobre su cuidado" realizada entre los "su cuidado", realizada entre los meses de marzo a junio del 2002

CUADRO 2
Características de la vivienda y datos socioeconómicos de la
objeto de estudio (n= 83).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Material del piso		
Cemento	29	34.9
Recubrimiento	54	65.1
Disposición del Agua Potable		
Hidrante Público	1	1.2
Dentro del vecindario o terreno	2	2.4
Intradomiciliaria	80	96.4
Drenaje		
Si	1	1.2
No	82	98.8
Hacinamiento		
Semihacinado (1.6 - 3.5)	1	1.2
No hacinado (< 1.6)	82	98.8
Pertenencias		
Teléfono	77	92.8
Celular	28	33.7
Refrigerador	76	91.6
Horno de microondas	34	41
Lavadora	67	80.7
Equipo modular	55	66.3
Computadora	23	27.7
Sky o antena parabólica	11	13.3
Automóvil	47	56.6
Internet	9	10.8
Distribución por terciles del ingreso familiar por semana		
Menor a 500 pesos	21	25.3
Entre 501 y 1999 pesos	44	53
Mayor a 1999 pesos	18	21.7
Escolaridad del Jefe de Familia		
Menor de 9 años	25	30.1
Entre 9 y 12 años	37	44.6
Mayor de 12 años	21	25.3
Tipo de Vivienda		
Departamento de interés social	15	18.1
Departamento tipo condominio	14	16.9
Casa	54	65.1

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de los Hogares del Ingreso con EVC y correspondientes que hizo el familiar sobre su "hogar" realizada entre las meses de marzo a junio del 2002

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.

CUADRO # 3. Datos de la población según según el tipo de Enfermedad Vascular Cerebral, muerte intrahospitalaria y días de estancia hospitalaria (n= 83).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de EVC		
Isquémico	63	75.9
Hemorrágico	16	19.3
Ataque Isquémico Transitorio	4	4.8
Muerte Intrahospitalaria		
Si	9	10.8
<i>En menos de 14 días</i>	2	20
<i>En 14 días o más</i>	7	80
No	74	89.2
Días de estancia hospitalaria		
Menos de 7 días	16	19.3
7 a 14 días	32	38.6
14 a 20 días	23	27.7
21 a 27 días	1	1.2
Más 27 días	11	13.3

CUADRO # 4. Datos de la población según enfermedades concomitantes, secuelas neurológicas y extremidad afectada del paciente con Enfermedad Vascular Cerebral (n= 81).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades Concomitantes*		
Hipertensión Arterial Sistémica	63	81.8
Diabetes	34	44.2
Cardiopatía	13	16.9
EVC Previa	21	27.3
Artrosis	3	3.9
Osteoporosis	2	2.6
Otro Enfermedad	18	23.4
Secuelas Neurológicas*		
Hemiplejía	30	44.2
Hemiparesia	30	42.9
Alt Motora en las 4 extremidades	4	3.9
Alt Motora en extremidad torácica derecha	5	6.5
Alteración de la comunicación	43	55.8
Alteración Visual	4	5.2
Alteración en la Alimentación	7	9.1
Desorientación	35	43.2
Extremidad Afectada		
Miembro Torácico Derecho	5	6.5
Hemicuerpo Der	34	44.2
Hemicuerpo Izq.	26	35.1
Todas las extremidades	8	9.1
Ninguna	4	5.1

*Solo se expresan los resultados que muestran presencia de la enfermedad o secuela del total de la población estudiada (n= 81) por región.

Fuente: Encuesta de "Grado de dependencia del paciente con EVC y conocimientos que tiene el familiar sobre su cuidado" realizada entre

entre los meses de marzo a junio del 2002.

CUADRO # 5. Datos sobre la dependencia del paciente con Enfermedad Vascolar Cerebral según la percepción del familiar, de la población estudiada (n= 81).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Comer		
Incapaz	26	32.1
Necesita Ayuda	37	45.7
Independiente	18	22.2
Traslado de Cama a Silla		
Incapaz	14	17.3
Necesita Ayuda	38	46.9
Poca Ayuda	16	19.8
Independiente	13	16
Aso y Arreglo Personal		
Incapaz	44	54.3
Independiente	37	45.7
Uso del Baño		
Incapaz	32	39.5
Necesita Ayuda	37	45.7
Independiente	12	14.8
Bañarse		
Incapaz	61	75.3
Independiente	20	24.7
Desplazarse		
Incapaz	23	27.7
Necesita Ayuda	25	30.1
Poca Ayuda	23	27.7
Independiente	10	12
Subir y bajar Escaleras		
Incapaz	43	51.8
Necesita Ayuda	28	33.7
Independiente	10	12
Vestido		
Incapaz	21	26
Necesita Ayuda	44	54.3
Independiente	16	19.8
Control de Heces		
Incontinente	19	23.5
Accidente	12	14.8
Contigente	50	61.7
Control de Orina		
Incontinente	24	29.6
Accidente	12	14.8
Contigente	45	55.6

CUADRO 6

Distribución de los pacientes con Enfermedad Vascolar Cerebral estudiados según la inclusión al programa de rehabilitación o de atención domiciliaria (n= 77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Programa de rehabilitación	Si 28	36.4
Rehabilitación Particular	Si 4	5.2
	No 45	58.4
Programa de Atención domiciliaria	Si 21	27.7
	No 56	72.3

Fuente: Encuesta de "Grado de dependencia del paciente con EVC y características que tiene el familiar sobre el "cuidado" realizado entre los meses de marzo a junio del 2002

CUADRO #7
Distribución de la población en relación con las características del
cuidador familiar (n= 77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
menor a 30 años	6	7.8
de 30 a 39 años	16	20.8
de 40 a 49 años	17	22.1
de 50 a 59 años	17	22.1
de 60 a 69 años	13	16.9
más de 69 años	8	10.4
Sexo		
Femenino	58	75.3
Masculino	19	24.7
Estado Civil		
Soltero	16	20.8
Casado	55	71.4
Viudo	3	3.9
Divorciado	2	2.6
Unión Libre	1	1.3
Ocupación		
Ama de Casa	47	61
Ventas	9	11.7
Rama profesional	7	9.1
Otras	14	18.2
Escolaridad		
Analfabeta	1	1.3
Sabe leer y escribir	5	6.5
Primaria	21	27.3
Secundaria	21	27.3
Bachillerato	9	11.7
Carrera Técnica	9	11.7
Licenciatura	11	14.3
Parentesco con el Paciente		
Pareja	19	24.7
Hija(o)	46	59.7
Nieta(o)	1	1.3
Hermana	3	3.9
Sobrina(o)	1	1.3
Amiga(o)	1	1.3
Otro	6	7.8
Cuenta con alguien más para el cuidado del paciente		
No cuentan con a-guien más	31	40.3
Cuentan con 1 persona	10	13
Cuentan con 2-3 Personas	25	32.5
Cuentan con 4-5 Personas	11	14.2

Fuente: Encuesta de "Grado de Independencia del Paciente con EVC y conocimiento que tiene el familiar sobre su cuidado" realizada entre los meses de marzo a julio de 2002

CUADRO 8
Distribución de la población, en relación a los conocimientos que tiene el
cuidador familiar, acerca de la Enfermedad Vascular Cerebral (n= 77).

	Frecuencia	Porcentaje
Conoce Diagnóstico	Si 70	90.9
	No 7	9.1
Significado del Diagnóstico	Si 47	61
	No 30	39
Si conocen factores de riesgo	45	58.4
No conocen factores de riesgo	32	41.6
<i>Cuales son los factores de riesgo que conocen (n= 45)</i>		
<i>Dieta</i>	21	46.7
<i>HAS</i>	30	66.7
<i>Diabetes</i>	11	24.4
<i>Obesidad</i>	6	13.3
<i>Inactividad Física</i>	6	13.3
<i>Factores Genéticos</i>	6	13.3
<i>Tabaco y Alcohol</i>	12	27.7
<i>Cardiopatía</i>	6	13.3
<i>Estrés</i>	5	11.1
<i>Otras causas</i>	8	17.8
Si conocen complicaciones	40	51.9
No conocen complicaciones	37	48.1
<i>Que complicaciones conocen (n= 40)</i>		
<i>Úlceras por Presión</i>	28	70
<i>Contracturas</i>	25	62.5
<i>Neumonía</i>	18	45
<i>IVU</i>	11	27.5
<i>Tromboembolias</i>	5	12.5
<i>Depresión</i>	5	12.5
<i>Otra complicación</i>	6	20
Le ha informado sobre el pronóstico	Si 61	79.2
	No 16	20.8

Fuente: Encuesta de "Grado de dependencia del paciente con EVC + conocimientos que tiene el familiar sobre su cuidado", realizada entre los meses de marzo a junio del 2002.

CUADRO 9
Conocimientos que tiene el familiar sobre los ejercicios del paciente con
Enfermedad Vascular Cerebral (n=73)*

	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene conocimientos sobre los ejercicios	44	60.3
No tiene conocimientos sobre los ejercicios	29	39.7

El total de familiares es 73 debido a que 4 pacientes no tenían alteraciones motoras y por tal motivo no demandaban ningún conocimiento de su cuidador familiar.

CUADRO 10
Conocimientos que tiene el familiar sobre la postura del paciente con
Enfermedad Vascular Cerebral (n=58)*

	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene conocimientos sobre la postura	20	35.1
No tiene conocimientos sobre la postura	38	64.9
<i>De los 20 familiares que recibieron información señalan que:</i>		
<i>una adecuada postura evita úlceras por presión</i>	20	100
<i>una adecuada postura evita neumonía</i>	2	10
<i>Que artículos conoce para una postura adecuada:</i>		
<i>Colchon de Agua</i>	10	50
<i>Saquitos de arena y/o alpiste</i>	16	80
<i>Sábanas enrolladas</i>	5	25
<i>Aparato ortopédico</i>	2	10

* El total de familiares es 58, debido a que los demás pacientes no tenían problemas de girar su cuerpo según la percepción del cuidador familiar.

CUADRO 11
Conocimientos que tiene el familiar sobre el traslado de cama a silla del paciente con
Enfermedad Vascular Cerebral (n=68)*

	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene información sobre el traslado	4	5.9
No tiene información sobre el traslado	64	94.1
<i>De los 4 familiares que recibieron información señalan que el traslado del paciente permite:</i>		
<i>Evitar úlceras por presión</i>	2	50
<i>Descansar de postura</i>	3	75
<i>Recuperar el equilibrio</i>	2	20

* El total de familiares es 68, debido a que los demás pacientes no tenían problemas para trasladarse por sí mismos, según la percepción del cuidador familiar.

CUADRO 12
Conocimientos que tiene el familiar sobre el traslado de cama a silla del paciente con
Enfermedad Vascular Cerebral.

	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene información sobre la eliminación (n=36)*	3	8.3
No tiene información sobre la eliminación	33	91.7
Si tiene información sobre el vestido (n=65)*	3	4.6
No tiene información sobre el vestido	62	95.4
Si tiene información relacionada al comer (n=63)*	0	15.9
No tiene información relacionada al comer	53	84.1
Si tiene información relacionada al baño (n=61)*	9	31.1
No tiene información relacionada al baño	42	68.9
Si fomenta la autonomía del paciente (n=73)*	22	30.1
No fomenta la autonomía del paciente	55	75.3

* La n representa el total de los pacientes que según la percepción del cuidador familiar el paciente necesita del apoyo o es totalmente dependiente para realizar la actividad por sí mismo.

CUADRO 13
Distribución de la población, según la información que proporciono el personal de salud al familiar, sobre el cuidado del paciente con Enfermedad Vascular Cerebral.*

Información sobre	Enfermera (%)	Médico (%)	Fisioterapeuta (%)	Trabajadora Social (%)
El ejercicio	50	20.5	47.7	2.3
La Postura	95	20	0	0
El Traslado	100	50	0	0
La Eliminación	66.7	33.3	0	0
El Vestido	33.3	66.7	0	0
Comer	100	0	0	0
El Baño	100	0	0	0

* Porcentaje de los familiares que si recibieron información sobre los cuidados en relación al personal de salud que se le proporciono

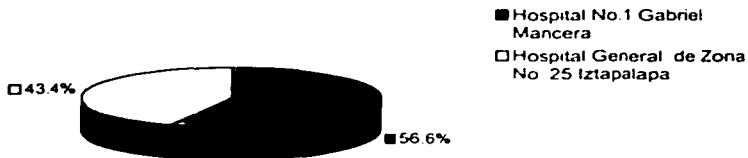
CUADRO 14
Distribución de la población estudiada en relación a las complicaciones que presentó el paciente con Enfermedad Vascular Cerebral

Complicación	Frecuencia	Porcentaje
Úlceras por Decúbito		
Si	20	26
No	57	74
Infección de Vías Urinarias		
Si	13	16.9
No	64	83.1
Dolor hombro y mano		
Si	4	5.2
No	73	94.8
Rigidez Articular		
Si	5	6.5
No	72	93.5
Neumonía		
Si	8	10.4
No	69	89.6
Depresión		
Si	5	6.5
No	72	93.5
Caidas		
Si	3	3.9
No	74	96.1

Fuente: Encuesta de "Grado de dependencia del paciente con EVC y conocimientos que tiene el familiar sobre su cuidado", realizada entre los meses de marzo y junio del 2002

GRÁFICO 1

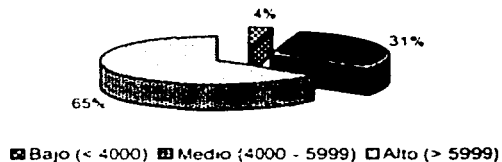
Distribución de la Población según Unidad Hospitalaria (n= 83).



Porcentaje de pacientes estudiados, en relación a la unidad hospitalaria de atención de la fase aguda de la Enfermedad Cerebro Vascular

GRÁFICO 2

Distribución de la población según índice socioeconómico* (n= 83)



*Para la conformación del índice socioeconómico, se analizaron las características de la vivienda y otros socioeconómicos y posteriormente se dividió en terciles.

Fuente: Encuesta de "Grado de dependencia de pacientes con EVC y consecuencias que tiene el familiar sobre su cuidado", realizada entre los meses de marzo a junio del 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Distribución de los pacientes estudiados en relación al grado de dependencia según el índice de Barthel (n= 77)

Variabla	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia Total (< 20)	17	21
Dependencia Grave (20 - 35)	15	18.5
Dependencia Moderada (40 - 55)	22	27.2
Dependencia leve (60 -95)	22	27.2
Independencia (100)	5	6.1

Pacientes con Enfermedad Vasculat Cerebral por intervalos de la puntuación total del índice de Barthel

Gráfica 3

Grado de dependencia del Paciente con EVC.

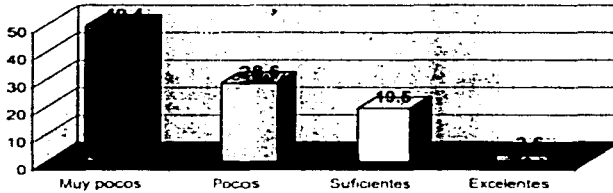


- Dependencia Total (< 20)
- Dependencia Grave (20 - 35)
- Dependencia Moderada (40 - 55)
- Dependencia leve (60 -95)
- Independencia (100)

Fuente: Encuesta de "Grado de dependencia del paciente con EVC y conocimientos que tiene el familiar sobre su cuidado", realizada entre los meses de marzo a junio del 2002

GRÁFICO 4

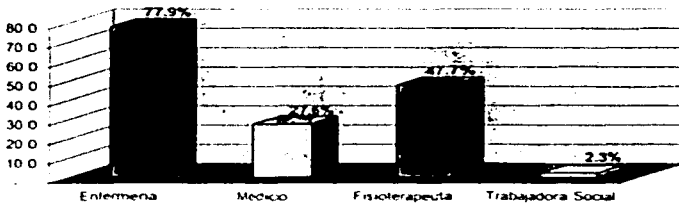
Nivel de conocimientos del familiar sobre el cuidado del paciente con Enfermedad Vasculat Cerebral (n= 77)



Para conformar el índice de conocimientos, se le dio un peso a cada una de las preguntas, y posteriormente se sumó y se dividieron en cuatro rangos, considerando como muy pocos aquellos que presentaron <25% de conocimientos, pocos entre 25 y 44%, suficientes entre un 45 y 74% y Excelentes mayores a 75%.

GRÁFICO 5

Distribución de la población según el personal de salud que proporciono información al cuidador familiar



Fuente: Encuesta de Nivel de dependencia de pacientes con EVC y nivel de conocimientos sobre el cuidado del paciente con EVC realizada entre los meses de marzo a junio del 2002.

TESIS CON
FALTA DE REGISTRO

CUADRO 15
Grado de dependencia del paciente con EVC en relación con sus características sociodemográficas.*

VARIABLE	GRADO DE DEPENDENCIA			
	Total (%)	Grave (%)	Moderada (%)	Leve (%)
Sexo				
Femenino	64.7	53.3	59.1	68.2
Masculino	35.3	46.7	40.9	31.8
Edad				
Menos de 60 años	0	6.7	18.2	13.6
De 60 a 69 años	35.3	26.7	45.5	36.4
De 70 a 79 años	23.5	26.7	27.3	31.8
Más de 79 años	41.2	40	9.1	18.2
Estado Civil				
Soltero	5.9	0	22.7	9.1
Casado	47.1	46.7	36.4	40.9
Viudo	47.1	46.7	27.3	45.5
Divorciado	0	6.7	4.5	0
Unión Libre	0	0	9.1	4.5
Ocupación Actual				
Jubilado	35.3	26.7	27.3	36.4
Ama de casa	58.8	53.3	54.5	45.5
Ventas	0	0	9.1	13.6
Otra	5.9	20	9.1	4.5
Escolaridad				
Analfabeta	11.8	26.7	18.2	18.2
Lee y escribe	5.9	26.7	22.7	31.8
Primaria	41.2	26.7	27.3	22.7
Secundaria	5.9	6.7	4.5	4.5
Bachillerato o carrera técnica	23.6	0	13.6	13.6
Licenciatura	11.8	13.3	13.6	9.1
Tipo de Convivencia				
Pareja	5.9	6.7	4.5	13.6
Pareja/hijos	23.5	26.7	31.8	31.8
Hijo Soltero	17.6	13.3	9.1	9.1
Hijo/familia	35.3	46.7	31.8	36.4
Otro	17.6	6.7	22.7	9.1

* Los porcentajes se expresan en relación al grado de dependencia que tuvo el paciente con EVC por las áreas; el total va en dirección vertical.

Fuente: "Encuesta del grado de dependencia del paciente con EVC y como cuidador que tiene el familiar sobre su cuidado" realizada entre los meses de marzo y

junio del 2007

CUADRO 16
Grado de dependencia del paciente con Enfermedad Vascular Cerebral en relación a las características clínicas que presenta.

VARIABLE	GRADO DE DEPENDENCIA			
	Total (%)	Grave (%)	Moderada (%)	Leve (%)
Enf. Concomitantes*				
Hipertensión Arterial Sistémica	94.1	80	90.9	68.2
Diabetes	35.3	53.3	50	40.9
Cardiopatía	5.9	26.7	18.2	18.2
EVC Previa	35.3	33.3	22.7	22.7
Secuelas Neurológicas				
Hemiplejía	52.9	73.3	36.4	9.1
Hemiparesia	5.9	20	54.5	63.6
Alteración de la comunicación	41.2	86.7	63.6	36.4
Alteración Visual	0	6.7	9.1	4.5
Alteración en la Alimentación	29.4	6.7	4.5	0
Desorientación	29.4	53.3	31.8	36.4
Inconscientes	23.5	0	0	0
Alteración Motora de las 4 Extremidades	17.6	6.7	0	0
Extremidad Afectada				
Miembro Torácico Derecho	0	0	9.1	13.6
Hemicuerpo Der.	35.3	53.3	40.9	50
Hemicuerpo Izq.	23.5	40	50	22.7
Todas las extremidades	41.2	6.7	0	0
Ninguna	0	0	0	13.6
Programa de Rehabilitación				
Si	23.5	46.7	50	45.5
No	76.5	53.3	50	54.5
Programa de Atención domiciliaria				
Si	76.5	26.7	18.2	0
No	23.5	73.3	81.8	100

* Fuente: "Encuesta del grado de dependencia del paciente con EVC y como cuidador que tiene el familiar sobre su cuidado" realizada entre los meses de marzo y junio del 2002

CUADRO 17

Grado de dependencia del paciente con Enfermedad Cerebro Vascular en relación con las características sociodemográficas del cuidador familiar.*

VARIABLE	GRADO DE DEPENDENCIA			
	Total (%)	Grave (%)	Moderada (%)	Leve (%)
Edad				
menos de 30	5.9	6.7	9.1	9.1
de 30 a 49 años	41.2	26.7	59.1	36.4
de 50 a 69 años	35.3	60	22.7	45.5
más de 69 años	17.6	6.7	9.1	9.1
Sexo				
Femenino	58.8	86.7	77.3	77.3
Masculino	41.2	13.3	22.7	22.7
Estado Civil				
Soltero	23.5	13.3	22.7	22.7
Casado	70.6	73.3	72.7	68.2
Viudo	5.9	0	0	9.1
Divorciado	0	6.7	4.5	0
Unión Libre	0	6.7	0	0
Ocupación				
Ama de Casa	41.2	73.3	59.1	68.2
Ventas	29.4	13.3	0	9.1
Rama profesional	11.8	13.3	13.6	0
Otras	17.6	0	27.3	22.7
Parentesco con el Paciente				
Pareja	23.5	26.7	18.2	28.6
Hija(o)	52.9	66.7	63.6	57.1
Nieta(o)	5.9	5.9	0	0
Hermana	5.9	0	9.1	0
Sobrina(o)	5.9	0	0	0
Amiga(o)	5.9	6.7	9.1	14.3
Otro	0	0	0	4.5
Apoyo familiar para el cuidado				
No cuentan con alguien más	23.5	40	36.4	54.5
Si cuentan con alguien más	76.5	60	63.6	45.5
(*) Cuentan con 1 persona	23.1	11.1	14.3	40
Cuentan con 2-3 Personas	61.5	66.6	57.1	30
Cuentan con 4-5 Personas	15.4	22.2	28.5	30

Fuente: * Encuesta del grado de dependencia del paciente con EVC y como cuentan que tiene el familiar sobre su cuidado" realizada entre los meses de marzo a junio del 20

* Los porcentajes se expresan en relación al grado de dependencia que tiene el paciente con EVC, por tal motivo el total va en dirección vertical

(*) Porcentaje en relación al número total de pacientes que cuentan con alguien más para el cuidado del paciente con EVC

CUADRO 18
Grado de dependencia del paciente con EVC y conocimientos que tiene el familiar sobre su cuidado

	D. Total	D. Grave	D. Moderada	D. Leve
Si conoce	23.5%	13.3%	13.6%	18.2%
No conoce	76.5%	86.7%	86.4%	81.8%

Fuente: "Encuesta del grado de dependencia del paciente con EVC y conocimientos que tiene el familiar sobre su cuidado", realizada entre los meses de marzo a junio del 2002

CUADRO 19
Características clínicas del paciente con Enfermedad Vascolar Cerebral y la relación en su inclusión al programa de rehabilitación.

Variable	In al programa de rehabilitación	
	Si	No
Edad		
Menos de 60 años	77.8	22.2
De 60 a 69 años	46.4	53.6
De 70 a 79 años	28.6	71.4
Más de 80 años	31.6	68.4
Hipertensión Arterial Sistémica		
Si	41.3	58.7
No	42.9	57.1
Cardiopatía		
Si	46.2	53.8
No	39.6	60.4
Alteración de la comunicación		
Si	51.2	48.8
No	29.4	70.6
Desorientación		
Si	44.8	55.2
No	39.6	60.4
Incontinencia		
Si	29.2	70.8
Accidente excepcional	41.7	58.3
No	48.8	59.4

Fuente: "Encuesta del grado de dependencia del paciente con EVC y conocimientos que tiene el familiar sobre su cuidado", realizada entre los meses de marzo y junio del 2002

CUADRO 20
Porcentaje de los pacientes que presentaron alguna complicación en relación a los conocimientos del cuidador familiar.

Complicación	Si conoce (%)	No conoce (%)
Úlceras por decubito	30	70
Infección de Vías Urinarias	15.4	84.6
Dolor en hombro y mano	25	75
Rigidez Articular	20	80
Neumonía	12.5	87.5
Depresión	20	80
Caída	0	100

Fuente: "Encuesta del grado de dependencia del paciente con EVC y conocimientos que tiene el familiar sobre su cuidado", realizada entre los meses de marzo a junio del 2002

GRÁFICO 6

Distribución de los pacientes que se incluyeron en atención domiciliaria en relación al grado de dependencia y al nivel de conocimientos del familiar.

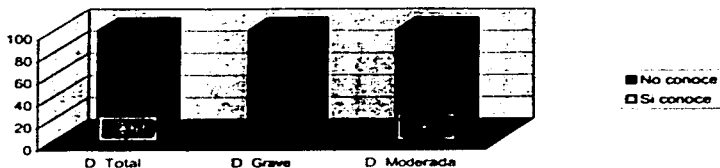


GRÁFICO 7

Distribución de los pacientes que se incluyeron en el programa de rehabilitación en relación con su grado de dependencia y nivel de conocimientos que tiene el familiar sobre su cuidado

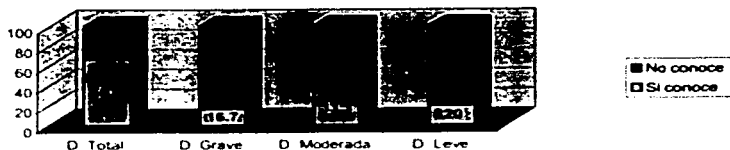


GRÁFICO 8

Distribución de los pacientes que no se incluyeron a atención domiciliaria ni a rehabilitación



CUADRO 21

Análisis de los cuidadores familiares que no tuvieron conocimientos sobre el cuidado y la asociación con las complicaciones presentes en el paciente con EVC.

VARIABLE CONOCIMIENTOS	RR	IC 95%	X2	P
No presentaron UPP*	1			
Si presentaron UPP	3.06	(.89 - 10.6)	3.31	0.08
No presentaron IVU**	1			
Si presentaron IVU	0.88	(0.17-4.51)	0.25	1
No presentaron Hombro Doloroso	1			
Si presentaron Hombro Doloroso	1.69	(0.16-17.70)	0.19	0.53
No presentaron Rigides Articular	1			
Si presentaron Rigides Articular	1.25	(0.13 - 12.19)	0.03	1
No presentaron Neumonia	1			
Si presentaron Neumonia	0.67	(0.08 - 6.04)	0.12	1
No presentaron Depresión	1			
Si presentaron Depresión	1.25	(0.13 - 12.19)	0.04	1
No presentaron alguna Caída	1			
Si presentaron Alguna Caída	1.05	(0.99-1.11)	0.63	1

RR = Riesgo Relativo, IC95% = Intervalo de confianza del 95%, P = Valor de P, X2 de tendencia lineal

* UPP, Úlceras Por Presión

**IVU, Infección de Vía Urinarias



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA**



**"GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE CON EVC Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL FAMILIAR
SOBRE SU CUIDADO"**

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Folio Fecha

F

1.1 NOMBRE: _____

1.2 EDAD:

1.2

1.3 SEXO: 1. Femenino 2. Masculino

1.3

1.4 EDO. CIVIL: (1) Soltero (a) (2) Casado (a) (3) Viudo (a) (4) Unión libre

1.4

1.5 OCUPACIÓN ACTUAL: _____

1.6 OCUPACIÓN ANTERIOR _____ TIEMPO:

1.6 DOMICILIO _____ TELÉFONO(S): _____

1.8 ESCOLARIDAD Grado y número de años

(1) Analfabeta () (3) Primaria () (5) Bachillerato () (7) Profesional ()

(2) Sabe leer y escribir. () (4) Secundaria. . () (6) Técnica ()

1.8

1.9 ¿Con quién vive? _____

1.10 NIVEL SOCIOECONÓMICO Y AMBIENTE FAMILIAR

1.10.1 La casa donde vive es

1.10.1

1. Propia 2. Rentada 3. Prestada 4. otra _____

1.10.2 ¿ Número total de habitaciones?

1.10.2

1.10.3 ¿ Número total de habitaciones que utiliza como dormitorio?

1.10.3

1.10.4 ¿ Cuántas personas habitan en su vivienda?

1.10.4

1.10.5 ¿ Cuenta con los siguientes servicios? 1. Agua 2. Luz 3. Drenaje

1.10.5

1.10.6 ¿ La disposición del agua potable es

1.10.6

1. Dentro de la vivienda 2. Fuera de la vivienda 3. Otro

1.10.7 La disposición de excretas se realiza en

1.10.7

1. Letrina 2. Baño tipo inglés

1.10.8 ¿ Cuenta con los siguientes artículos? 1. Teléfono 2. Celular

1.10.8

3. Refrigerador 4. Horno m o 5. Lavadora 6. Equipo modular

7. Computadora 8. Sistema de televisión de paga 9. Automóvil 10. Internet

1.10.8

1.10.9 Número de años de escolaridad del jefe de familia _____

1.10.9

1.10.10 ¿ Depende económicamente de alguien? 1. SI 2. NO

1.10.10

1.10.11 ¿Cuál es su ingreso familiar por semana? \$ _____

1.10.11

1.10.12 Características de la vivienda

1.10.12

1. Techo

2. Suelo

3. Paredes

1. Lámina de cartón

1. Tierra

1. Lámina de cartón

2. Teja madera

2. Cemento firme

2. Madera

3. Asbesto/ metálico/ ladrillo

3. Con recubrimiento

3. Adobe /Ladrillo

4. Losa de concreto

4. Ladrillo recubierto

5. Otro

5. Block

1.10.12

1.10.12

1.10.12

1.10.12

1.10.12

10.13 Tipo de vivienda: 1. Casa /Residencia 2. Condominio 3. Cuarto /Depto. Social		
DATOS DE LA ENFERMEDAD.		
1.1 Tipo de EVC 1. EVC Isquemico 2. EVC Hemorrágico 3. AIT		2.1 <input type="checkbox"/>
1.2 Secuelas neurológicas 1. Hemiplejía 2. Hemiparesia 3. Alt. Motora 4. extremidades 4. Alt. Motora en extremidad torácica 5. Alt. de la consciencia 6. Alt. En la comunicación 7. Alt. Visual 3. Alt. En la alimentación 9. Desorientación		2.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3 Extremidades afectadas _____		2.3 <input type="checkbox"/>
2.4 Muerte intrahospitalaria 1. Si 2. No		2.4 <input type="checkbox"/>
2.5 Días de estancia Hospitalaria _____		2.5 <input type="checkbox"/>
2.6 Programa de Atención Domiciliaria para Enfermos Crónicos. 1. Si 2. No		2.6 <input type="checkbox"/>
2.7 Se incluyó a rehabilitación 1. Si 2. No		2.7 <input type="checkbox"/>
2.9 Observaciones _____ _____ _____		2.7 <input type="checkbox"/>
3. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		
3.1 Comer	0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)	3.1 <input type="checkbox"/>
3.2 Trasladarse entre la silla y la cama	0 = incapaz, no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = independiente	3.2 <input type="checkbox"/>
3.3 Aseo personal	0 = necesita ayuda con el aseo personal; 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	3.3 <input type="checkbox"/>
3.4 Uso del retrete	0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	3.4 <input type="checkbox"/>
3.5 Bañarse / ducharse	0 = dependiente 5 = independiente para bañarse o ducharse	3.5 <input type="checkbox"/>
3.6 Desplazarse	0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador	3.6 <input type="checkbox"/>
3.7 Subir y bajar escaleras	0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 10 = independiente para subir y bajar	3.7 <input type="checkbox"/>
3.8 Vestirse y desvestirse	0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	3.8 <input type="checkbox"/>
3.9 Control de heces:	0 = incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = accidente excepcional (uno / semana) 10 = continente	3.9 <input type="checkbox"/>
3.10 Control de orina	0 = incontinente, o sentido incapaz de cambiarse la bolsa 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 10 = continente, durante al menos 7 días	3.10 <input type="checkbox"/>

II. CONOCIMIENTOS DEL FAMILIAR SOBRE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON EVC PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.		
Folio <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>	F. <input type="text"/>
1.1 NOMBRE: _____		
1.2 EDAD <input type="text"/>		1.2 <input type="text"/>
1.3 SEXO. 1. Femenino 2. Masculino		1.3 <input type="text"/>
1.4 EDO CIVIL (1) Soltero (a) (2) Casado (a) (3) Viudo (a) (4) Unión libre		1.4 <input type="text"/>
1.5 OCUPACIÓN: _____		
1.6 DOMICILIO: _____ TELEFONO(S): _____		
1.8 ESCOLARIDAD Grado y numero de años		1.8 <input type="text"/>
(1) Analfabeta (4) Secundana ()		
(2) Sabe leer y escribir (5) Bachillerato ()		
(3) Primaria () (6) Profesional ()		
1.9 Además de usted hay alguien más que pueda ayudarle a cuidar a su familiar.		1.9 <input type="text"/>
(1) Si (2) No		
1.10 ¿Con cuántas personas cuenta para su cuidado? _____		1.10. <input type="text"/>
1.11 ¿Qué parentesco tiene con el paciente?		
(1) Esposa (o) o compañera (o) (5) Sobrina(o)		1.11.1 <input type="text"/>
(2) Hija(o) (6) Amiga(o)		1.11.2 <input type="text"/>
(3) Nieta(o) (7) Otro _____		1.11.3 <input type="text"/>
(4) Prima(o)		1.11.4 <input type="text"/>
1.11.5 <input type="text"/>		1.11.5 <input type="text"/>
1.11.6 <input type="text"/>		1.11.6 <input type="text"/>
1.11.7 <input type="text"/>		1.11.7 <input type="text"/>
1.11.8 <input type="text"/>		1.11.8 <input type="text"/>
2. CONOCIMIENTOS RELACIONADOS A LA ENFERMEDAD.		
2.1 ¿Ha recibido información relacionada con la enfermedad del paciente?		2.1. <input type="text"/>
(1) Si ¿Quién se la proporciona? _____ (2) No		
2.2 Sabe ¿Cuál es diagnóstico del paciente?		2.2. <input type="text"/>
(1) Si ¿Cuál? _____ (2) No		
2.3 ¿Sabe lo que quiere decir este diagnóstico?		2.3 <input type="text"/>
(1) Si ¿Qué? _____		2.4 <input type="text"/>
(2) No		
2.4 ¿Conoce las causas para presentar una Enfermedad Vasculat Cerebral?		
(1) Si (2) No		
2.4.1 ¿Cuáles?		2.4.1 <input type="text"/>
(1) Tipo de dieta (5) Inactividad Física (9) Estrés		2.4.2 <input type="text"/>
(2) Hipertensión Arterial (6) Factores genéticos (10) Otros _____		2.4.3 <input type="text"/>
(3) Diabetes (7) Tabaco y alcohol		2.4.4 <input type="text"/>
(4) Obesidad (8) Factores Cardíacos		2.4.5 <input type="text"/>
2.4.6 <input type="text"/>		2.4.6 <input type="text"/>
2.4.7 <input type="text"/>		2.4.7 <input type="text"/>
2.4.8 <input type="text"/>		2.4.8 <input type="text"/>
2.4.9 <input type="text"/>		2.4.9 <input type="text"/>
2.4.10 <input type="text"/>		2.4.10 <input type="text"/>
2.5 ¿Conoce los problemas que tiene su familiar tras haber sufrido esta enfermedad?		2.5 <input type="text"/>
(1) Si (2) No ¿Cuáles son? _____		
2.6 ¿Le han informado sobre las complicaciones que puede presentar su familiar? (1) Si (2) No		2.6 <input type="text"/>
2.7 ¿Cuáles?		
(1) Ulceras por presión (4) Infecciones de vias urinarias		2.7.1 <input type="text"/>
(2) Contracturas espasticidad (5) Tromboembolias Pulmonares		2.7.2 <input type="text"/>
(3) Neumonías (6) Depresión		2.7.3 <input type="text"/>
(7) Otras _____		2.7.4 <input type="text"/>
2.8 ¿Conoce que esperanzas que hay para la recuperación de su paciente?		2.8 <input type="text"/>
(1) Si ¿Cuál? _____		
(2) No		

4. CONOCIMIENTOS DE LOS EJERCICIOS PARA REENTRENAR EXTREMIDADES PARALIZADAS

4.1 ¿Qué parte del cuerpo de su familiar carece de movimiento? _____

4.2 ¿Le han instruido en como realizar algún tipo de ejercicio, para mantener en movimiento las extremidades paralizadas del paciente?

(1) Si ¿Quién le instruyó? _____ (2) No

4.2 **5. CONOCIMIENTOS DE LA POSTURA.**

5.1 ¿Le han enseñado sobre la postura que debe mantener el paciente?

(1) Si ¿Quién? _____ (2) No

5.1

5.2 ¿Cuál es la importancia de conservar una posición adecuada?

(1) No se

(2) Evitar deformidades

(3) Evitar contracturas

(4) Evitar complicaciones pulmonares

(5) Evitar problemas de la piel

(6) Otra _____

5.2.1 5.2.2 5.2.3 5.2.4 5.2.5 5.2.6

5.3 ¿Conoce los siguientes aditamentos para mantener la postura adecuada de su paciente?

	SI	NO
(1) Uso de tenis altos (converters)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Férulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Tablas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Aparato ortopédico (ortosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Sabanas enrolladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Saquitos de arena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Colchón de agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3.1 5.3.2 5.3.3 5.3.4 5.3.5 5.3.6 5.3.7 **6. CONOCIMIENTO DE TRASLADO DE CAMA A SILLA.**

6.1 ¿Le han enseñado a trasladar a su paciente de cama a silla?

(1) Si ¿Quién? _____ (2) No

6.1

6.2 ¿Por que cree que es importante trasladar a su paciente de cama a silla?

(1) No se

(2) Para evitar úlceras por presión

(3) Para que no se cansé de estar acostado

(4) Para ayudar a recuperar el equilibrio

(5) Otra _____

6.2.1 6.2.2 6.2.3 6.2.4 6.2.5 **7. CONOCIMIENTOS RELACIONADOS A LA INCONTINENCIA.**

7.1 ¿Conoce los hábitos de evacuación de paciente antes de haber sufrido la enfermedad cerebro vascular?

(1) Si (2) No

7.1

7.2 ¿Le han enseñado como apoyar a su familiar a recuperar en lo posible sus hábitos normales de eliminación?

(1) Si ¿Quién? _____ (2) No

7.3 ¿Me podría mencionar que aspectos le enseñaron para tal fin?

Orinar

Evacuar

7.3.1 Ejercicios de Kegel

7.3.7 Mayor aporte de fibra y líquidos

7.3.2 Ejercicios de relajación y respiración profunda

7.3.8 Técnicas de respiración y masaje abdominal

7.3.3 Motivar al paciente a orinar cada 2 a 3 horas

7.3.9 Motivar al paciente a evacuar a la misma hora

7.3.4 Ofrecer líquidos a intervalos regulares

7.3.10 Motivar al paciente a evacuar después del desayuno

7.3.5 Interrumpir líquidos a partir de las 5 PM

7.3.11 Otra _____

7.3.6 Otra _____

7.2 7.3.1 7.3.2 7.3.3 7.3.4 7.3.5 7.3.6 **8. CONOCIMIENTOS DE ASEO PERSONAL.**

8.1 ¿Deja que el paciente se esfuerce por hacer algo solo sobre su aseo y arreglo personal?

(1) Si (2) No

8.1

8.2 ¿En qué?		SI	NO	
(1)	Peinarse			8.2.1 <input type="checkbox"/>
(2)	Afeitarse			8.2.2 <input type="checkbox"/>
(3)	Maquillarse			8.2.3 <input type="checkbox"/>
(4)	Lavarse los dientes			8.2.4 <input type="checkbox"/>
(5)	Corte de uñas			8.2.5 <input type="checkbox"/>
(6)	Limpieza de oídos			8.2.6 <input type="checkbox"/>
(7)	Limpieza de fosas nasales			8.2.7 <input type="checkbox"/>
(8)	Limpieza perianal			8.2.8 <input type="checkbox"/>
(9)	Otra			8.2.9 <input type="checkbox"/>

9. CONOCIMIENTOS RELACIONADOS AL VESTIDO.			
9.1 ¿Cree que su paciente es totalmente dependiente para poder vestirse y desvestirse?		(1) SI	(2) No
9.2 ¿Le han sugerido algunas estrategias para facilitar el vestir y desvestir a su familia?		(1) SI	(2) No
9.3 ¿Cómo cuáles?		SI	NO
9.3.1	Empezar a vestir por la extremidad afectada y terminar por la sana		
9.3.2	Marcar la ropa y zapatos y zapatos para indicar la derecha y la izquierda		
9.3.3	Estimular al paciente para que se vista el mismo		
9.3.4	Utilizar una talla mayor que la de costumbre		
9.3.5	Usar ropa con cremalleras frontales y cierres de velcro		
9.3.6	Vestirse cuando está sentado		
9.3.7	Colocar objetos indicativos siempre en el mismo lado del cuerpo		
9.3.8	Abrocharse la ropa de abajo hacia arriba		
9.3.9	Vestirse delante de un espejo de cuerpo entero		
9.3.10	Otra		

10. CONOCIMIENTOS RELACIONADOS AL COMER.			
10.1 ¿Le han enseñado algunas técnicas para facilitar el dar de comer al paciente?		(1) SI	(2) No
10.2 ¿Me podría mencionar que técnicas le enseñaron?			
10.2.1	Hacer que el paciente se siente incorporado mientras come		
10.2.2	Inclinarse un poco la cabeza hacia delante y hacia el lado no afectado		
10.2.3	Introducir los alimentos en el fondo de la boca del paciente y por el lado no afectado		
10.2.4	Animarle a masticar lenta y concienzudamente los alimentos por el lado no afectado		
10.2.5	Hacer que el paciente practique la manipulación de cubiertos		
10.2.6	Asegurarse que la comida no se ha acumulado en la mejilla		
10.2.7	Utilizar un adhesivo especial para dentadura postiza		
10.2.8	Otro		

11. CONOCIMIENTOS RELACIONADOS AL BAÑO.			
11.1 ¿Le han enseñado como apoyar o realizar el baño de su familia?		(1) SI	(2) No
11.2 ¿Qué medidas de seguridad cree usted conveniente tener en cuenta para bañar a paciente?		(1)	(2)
(1)	Que el paciente compruebe la temperatura del agua con la mano no afectada		
(2)	Colocar un asiento o silla		
(3)	Colocar una manija en la bañera		
(4)	Colocar un tapete antiderrapante		
(5)	Otra		