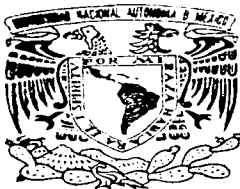


TESTE CON
FALSA DE ORIGEN

11222
11



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA DE
REHABILITACION

Handwritten signature and scribbles

LA HEMIPLEJIA COMO SECUELA DE LA ENFERMEDAD
VASCULAR CEREBRAL UNA PERSPECTIVA HACIA UN
TRATAMIENTO INTEGRAL

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE REHABILITACION

P R E S E N T A

DR. FRANCISCO MANUEL ESCALANTE RODRIGUEZ

PROFESOR TITULAR
DR. LUIS GUILLERMO IBARRA

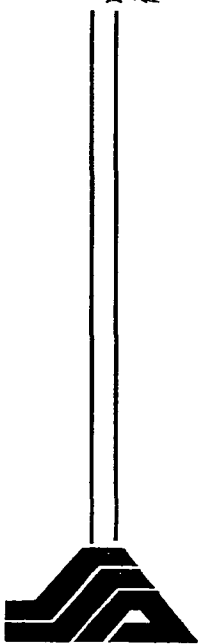
Handwritten mark



FEBRERO 1980

INSTITUTO NACIONAL DE
MEDICINA DE REHABILITACION
DEPTO. ENSEÑANZA

2003





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.

DEDICATORIAS

A MI PADRE QUE ME ENSEÑO A SER UNA PERSONA
UTIL

A MI MADRE CON QUIEN SIEMPRE E CONTADO Y A
QUIEN DEBO TANTO.

A MI TIOS PANCHO Y CAROLINA MIS SEGUNDOS
PADRES.

A MI ESPOSA CON TODO MI CARIÑO POR SER QUIEN
DURANTE 13 AÑOS A APOYADO TODO LO QUE
HAGO Y A QUIEN QUIERO HACER COOPARTICIPE
DE ESTE LOGRO.

A MIS HIJOS POR SU COMPRESION Y APOYO, POR
EL TIEMPO QUE NO ESTUVE CON ELLOS.

A MIS HERMANOS LOURDES Y ENRIQUE POR SU
AYUDA.

A TODA LA FAMILIA PORQUE TODOS SON
IMPORTANTES Y SIEMPRE CONTARAN CON MI
CARIÑO Y AGRADECIMIENTO.

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

INDICE

ANTECEDENTES.....	1
JUSTIFICACION.....	12
HIPOTESIS.....	15
OBJETIVOS.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	18
METODOLOGIA.....	19
ANALISIS DE RESULTADOS.....	20
DISCUSION.....	44
CONCLUSIONES.....	48
REFERENCIAS.....	49

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES

Una revisión de la epidemiología de la Enfermedad Vascular Cerebral realizada por Wolf la reconoció como la tercera causa de muerte en los Estados Unidos y una de las mayores causas de discapacidad tratadas por las Instituciones de Salud.

La Asociación Cardiológica Americana sustentó que 500,000 americanos presentaron una Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) y que 147,000 murieron por esta causa en 1986 y que muchos de los sobrevivientes estimados en 2'020,000 requieren cuidados en etapa crónica.

Sin embargo estas estadísticas no muestran el impacto de la EVC sobre la persona común que previamente era funcional e independiente y que posteriormente será dependiente y no podrá realizar una vida útil.

El desarrollo de la enfermedad Ateroesclerosa Cardíaca, incluyendo al EVC y a la Isquemia Cerebral Transitoria (TIA) han sido bien definidas en numerosos estudios. Uno de los más conocidos es el estudio de la población de Framingham Massachusetts cuya población de 5070 hombres y mujeres sin antecedentes de enfermedad Cardiovascular se sometió a un estudio de seguimiento de 32 años, después de los cuales mostró que una EVC había ocurrido en 534 pacientes incluyendo 257 hombres y 277 mujeres.

El Infarto Cerebral Aterotrombótico fué reconocido como la causa más frecuente de EVC seguido de la forma embólica de la enfermedad como mecanismo del EVC con un 17% y 22% de hombres y mujeres respectivamente y la forma hemorrágica con un 12%. Se atribuye un 15% a la forma isquémica de la EVC y esta fué significativamente más frecuente en hombres.

Los factores de riesgo para un EVC son bien conocidos y en años recientes para disminuir la incidencia se ha prestado gran interés a su estudio y tratamiento.

La hipertensión es considerada como el mayor factor de riesgo para todos los tipos en ambos sexos y para todos los grupos de edad.

Otros factores de riesgo cardiovascular han sido también reconocidos como son el tabaquismo, la intolerancia a la glucosa, la hipercolesteronemia y la hipertrofia ventricular.

TEMAS CON
FALLA DE ORIGEN

La fibrilación auricular en presencia de cardiopatía reumática y estenosis mitral es bien conocida como predisponente de un EVC (20)

En Dinamarca al igual que en los Estados Unidos la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) es la tercera de las principales causas de muerte y no ha mostrado tender a disminuir en las últimas décadas.

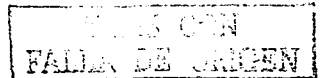
El estudio del corazón en la Ciudad de Copenhagen se instituyó en 1976 como la mayor encuesta prospectiva Cardiovascular en ese país, permitiendo estudiar la incidencia y los factores de riesgo de la Enfermedad Cerebro Vascular, incluyó a 19,698 hombres y mujeres de 20 años y mayores invitados para recibir dos valoraciones cardiovasculares con intervalos de 5 años, el exámen de base incluyó a 3,015 hombres y 3,501 mujeres y se presentaron 474 EVC a 10 años de seguimiento.

Los efectos de los factores de riesgo de EVC de ese estudio fueron comparados y a menudo discutidos con referencia al estudio de Framingham por ser considerado por muchos pionero en las encuestas cardiovasculares, basándose en que las características de población son similares desde la perspectiva racial, demográfica y económica.

Los resultados de esta comparación mostraron que para el Estudio de Corazón de la población de la ciudad de Copenhagen algunos de los factores de riesgo (diabetes, tabaquismo, fibrilación auricular y la hipertrofia ventricular izquierda) tienen coeficientes de regresión diferentes de los referidos por el Estudio de Framingham. Consecuentemente la probabilidad del EVC para las personas que tienen estos factores de riesgo y sus combinaciones variaron en ambos estudios. Pero algunos otros factores de riesgo (edad, hipertensión arterial y cardiopatías) no tuvieron mayores diferencias, aun cuando los intervalos de tiempo de los exámenes de ambos estudios fueron distintos, esto no fué significativo.

En conclusión los factores de riesgo determinados por ambos estudios son los mismos con variación sólo en la definición de estos, pero, su efecto sobre la Enfermedad Vascular Cerebral es semejante en ambas poblaciones (17)

Un mayor número de casos de Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) ocurre entre la población de alrededor de los 65 años y mayores. Dado el incremento en la proporción de personas quienes pertenecen a



este grupo de edad, se subraya la importancia de proveer los cuidados de salud necesarios a la población susceptible y reconocer las tendencias en los pacientes supervivientes de un EVC con la finalidad de brindarles una mejor atención.

El incremento en la sobrevida posterior a una EVC está también bien documentada en estudios realizados en los Estados Unidos y Dinamarca, sobre todo si se llega a los 28 a 30 días posteriores al evento, esto basado en estudios realizados intrahospitalariamente en Minnesota (1970-1985) y Quebec (1981 - 1988), así como en comunidades base de registro de EVC como Rochester Minnesota (1945-1984) y Suecia (1971-1987) como ejemplo de estudios a largo plazo.

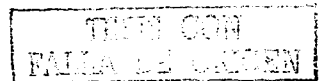
Daniel S. May y colaboradores realizaron un estudio de las tendencias de la supervivencia en 1'901,439 pacientes beneficiarios del Seguro Médico Estatal cuyo diagnóstico principal fué el de EVC ocurridos durante los años de 1985-1989. Ellos observaron una modesta mejoría en la sobrevida posterior a un EVC siendo las tendencias más favorables para los pacientes con eventos hemorrágicos, que para los que presentaron eventos isquémicos. Siendo un factor importante en estas determinantes la hospitalización previa conocida de los pacientes estudiados con un seguimiento hasta por 2 años.

La sobrevida de los pacientes con Enfermedad Vasculat Cerebral para los diferentes grupos de población tienen una importante implicación para la calidad de vida de los supervivientes y para determinar en el futuro las necesidades de cuidado médico y de enfermería que requieran (11), (12)

En México también se ha reconocido a la Enfermedad Vasculat Cerebral como una de las principales causas de muerte, un estudio realizado por Alcántara Vázquez y colaboradores para determinar la mortalidad en pacientes geriátricos; se llevó a cabo en el Hospital General de México. Este estudio se realizó mediante la revisión de los protocolos de autopsia en dos períodos:

1960-1965 integrado por 3,217 expedientes, de los cuales 586 eran mayores de 60 años (15.8%).

1981-1985 integrado por 3,500 expedientes de los que 625 eran de pacientes mayores de 60 años (17.9%)



De los 1,211 protocolos estudiados se investigó sexo, edad y diagnóstico anatomopatológico, conformando una lista de las 10 principales causas de muerte.

En este estudio se encontró que la EVC ocupó para el primer período el segundo lugar y para el segundo período el tercer lugar como causa de muerte. Ocupando el primer lugar en ambos grupos las neoplasias malignas (1)

Un aspecto al que se ha brindado especial atención a últimas fechas es el relacionado con los costos derivados de la atención a pacientes con EVC.

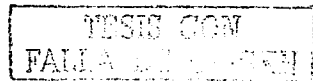
El costo de la EVC absorbe una gran proporción del producto interno bruto en los países desarrollados y mientras los costos de los cuidados de salud se elevan, la capacidad para contenerlos disminuye.

En Canadá el 9% del producto interno bruto es gastado en cuidados de salud, en Estados Unidos alcanzó un 14% comprable con un 4% que se gastaba hace 30 años. En el Reino Unido equivale a 6.2%. Mientras que el Servicio Nacional de Salud Escocés estimó el costo de la EVC en un 4.3% del costo total de salud y el 5.5% del costo hospitalario en 1988.

Un estudio realizado por Smurawska y colaboradores en Toronto, Canadá, estimó el costo de los cuidados del EVC en fase aguda en un período comprendido de enero de 1991 a diciembre de 1992, considerando los costos de enfermera-paciente-día, gastos médicos, exámenes de laboratorio y gabinete, medicamentos, gastos por terapia rehabilitatoria.

Sus resultados mostraron que se evaluó a un total de 285 pacientes, 133 hombres y 152 mujeres la estancia hospitalaria fué mas corta para los hombres 34+-47 días, que para las mujeres 47+-68 días, mortalidad, significativamente murieron más mujeres que hombres, 34% y 17% respectivamente y la mayoría falleció dentro de los primeros 10 días. En el caso de los hombres la muerte fué por causas cerebrales, hemorragia o edema y en las mujeres la causa fué sistémica por complicaciones cardíacas o pulmonares.

El tipo de EVC no tuvo significancia en cuanto al número de días de costo hospitalario.



El costo por admisión de un EVC fué de 27,500 dólares canadienses, 21,500 dólares americanos, el costo fué menor para los hombres que para las mujeres 23,000 + -32,000 dólares canadienses, 17,700 y 24,600 dólares americanos. El costo medio por día fué de 680 dólares canadienses, 520 dólares americanos.

En cuanto a la distribución de los gastos la mayor proporción fué para gastos de enfermería 42%, para el rehabilitador 6%.

El costo promedio para un EVC moderado fué de 15,000 dólares canadienses, 11,500 dólares americanos, comparado con 80,000 dólares canadienses, 61,500 dólares americanos para los EVC severos.

El costo total para todos los pacientes fué en este estudio de 8 millones de dólares canadienses y 6.6 millones de dólares americanos.

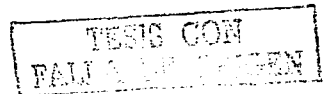
El hallazgo mas significativo del estudio fué que el mayor gasto en un primer evento de EVC es de tipo social, y no médicos. El 26% de los pacientes murió después de ser admitidos.

Este estudio consideró sólo el costo directo sin tomar en cuenta el costo indirecto como resultado de los días no laborados, la disminución de ingresos y otros costos asociados, no calculados. (15)

En otro estudio en Suecia realizado por Terént y colaboradores se consideró ambos costos directo e indirecto y el análisis de los resultados mostró que los costos por hospitalización, tratamiento ambulatorio y servicios sociales justifican el 76% de los costos de la hemiplejía, y el 24% de los costos correspondía a pérdida de la productividad y jubilación temprana. (16)

La Diabetes se ha considerado como otro factor de riesgo de la Enfermedad Vasculat Cerebral, algunas revisiones recientes incluyen como mecanismos potenciales a las hiperlipidemias y la intolerancia a la insulina y la hiperinsulinemia como factores que favorecen el proceso aterosclerótico por lo que se considera a la diabetes como un factor acelerador del mismo y un factor de riesgo en la EVC.

Un estudio realizado por Burchfiel y colaboradores concluyó que los sujetos con diabetes y glucosa elevada, presentan un incremento en riesgo de un EVC Tromboembólico pero en el tipo hemorrágico. Este factor es mayor para los diabéticos mayores que en los jóvenes, y en hipertensos, que en diabéticos no hipertensos.(6)



Otro estudio mostró que la relación de la hipertensión con un primer evento de EVC es clara pero en el caso de la recurrencia del mismo esta relación se incrementa considerablemente, esto fué demostrado por Alter y colaboradores quienes estudiaron una población de 662 pacientes con antecedentes de un primer evento de EVC y con antecedentes de hipertensión en 81 de los cuales se presentó la recurrencia. (6)

La prevención de la EVC por el control o modificación de los factores de riesgo se ha centrado en 3 de estos aspectos, la Hipertensión, que es la mas común y la mas importante, los niveles de colesterol y el tabaquismo. Por considerarlos de alto riesgo para el EVC y por ser susceptibles de manejo o de erradicación por la modificación de conductas de la población considerada como susceptible de una comunidad. (8)

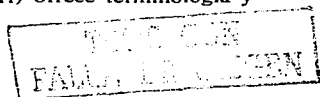
El uso de la aspirina abrió nuevos horizontes en el estudio del EVC, sobre todo en pacientes con eventos Isquémicos o Tromboembólicos. Ensayos realizados han mostrado el uso de la aspirina y de la warfarina en la reducción del riesgo de Hemiplejia, según una revisión hecha por Barnett, en la cual concluyó que la aspirina es efectiva en la prevención de la EVC aún cuando la dosis óptima no ha sido establecida para disminuir el nivel ulcerogénico. (4)

En 1987 Basmajian, hizo un llamado a la comunidad internacional, por la urgente necesidad de desarrollar un sistema de clasificación que permita a los profesionales involucrados en el tratamiento de los pacientes sobrevivientes de una EVC, desarrollar modelos de trabajo interdisciplinarios que favorezcan la realización de un adecuado diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

En el mismo propone que sea de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, reconociendo que para el EVC existen variantes de la misma, la que sirva de guía para establecer un manejo eficiente y no el uso de modelos estereotipados que tienden a la generalización y a menudo a la prescripción de terapia inadecuada.

Considerando que son muchos los factores que intervienen tanto en la recuperación natural, como en la intervencional. (5), (19)

La Clasificación Internacional de daño, incapacidad y deficiencia de la Organización Mundial de la Salud (ICIDH) ofrece terminología y



definiciones constantes que son útiles para planear, administrar y evaluar los programas de Rehabilitación. Dicha Organización respaldó en 1990 la clasificación modificada de los estudios de recuperación motora de Brunnstrom, que realizaron Basmajian y Gowland, y que ha demostrado su utilidad y eficiencia. (9)

El establecimiento de fases de Rehabilitación que sean acordes con las fases de evolución del EVC de la que se consideran 3 estadios:

Fase aguda de 1 a 14 días

Fase subaguda de 15 a 90 días

y fase crónica de más de 90 días.

Permite el establecimiento de metas bien definidas y la elaboración de programas de intervención adecuados.

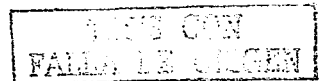
En la fase aguda el énfasis se pone en el establecimiento de la Etiología del EVC, la apropiada intervención y soporte médico y los cuidados de enfermería.

En la fase subaguda cuando el estado del paciente se ha estabilizado es posible el inicio de la rehabilitación mediante el uso de Terapias, física, ocupacional o del lenguaje, que favorecerán el grado de recuperación.

En la fase crónica la ganancia alcanzada por la rehabilitación intensa realizada durante la fase aguda permitirá al paciente reintegrarse a la familia y a la comunidad. Siendo generalmente por medio de los servicios de consulta externa que se logra mejorar las habilidades del paciente en movilidad y autocuidado. (13)

En los Estados Unidos los pacientes son sometidos a un programa intensivo y comprensivo de terapia desde la fase aguda mostrando que los pacientes que participaron en estos programas mostraron substancialmente grandes avances en cuanto a sus problemas de medida del deterioro funcional.

La Rehabilitación Subaguda es una innovación reciente, es una forma menos intensa de rehabilitación comparada con la tradicional. Un estudio realizado por Allen quien compara ambos tipos; el agudo y el subagudo de rehabilitación mostró que los costos para egresar en forma satisfactoria al paciente es del doble para la rehabilitación aguda, su efecto sobre el paciente es también enorme.



En la rehabilitación subaguda, el manejo se hace por medio de los servicios de consulta externa y aunque no son tan intensos pueden requerir períodos mas prologados de tiempo para lograr sus metas. (2)

Otro aspecto controversial es la validez de las valoraciones psicológicas. Toedter y colaboradores refieren que el valor potencial de las variables psicológicas en la producción de la recuperación de los sobrevivientes Hemipléjicos es bien reconocido. Ellos realizaron un estudio prestando mayor interés a 2 variables, el apoyo social y la depresión, realizaron una revisión captando 106 pacientes con EVC de los cuales solo aceptaron a los que tenían capacidad de atención y comprensión.

Los que correspondían a 47 pacientes de los cuales 10 no quisieron colaborar y 13 no terminaron el estudio, quedando 24 pacientes. Se aplicaron pruebas entre las más relevantes a las que fueron sometidos: fué la Escala de Control de Salud Multidimensional (MELC) pruebas de orientación a la vida (LOT) y la prueba de estudios epidemiológicos en su escala de medición de depresión (CESD) produciendose un resultado de integridad total.

Se aplicaron también pruebas de medición del aspecto intelectual de la cual 9 pacientes fueron considerados "APTOS", 9 que fueron considerados como "INCIERTOS" y 5 como "INEPTOS".

Hay mucho que aprender de los Hemipléjicos, especialmente en el manejo de sus propias aptitudes, hábitos propios y luchas internas para recuperar el sentido de la vida. (18)

TRABAJA CON
FALTA DE CREEN

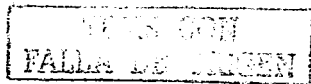
JUSTIFICACION

La Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) es una de las principales causas de muerte entre los americanos mayores de 45 años y el costo estimado para los cuidados de los pacientes sobrevivientes de la EVC es de billones de dolares por año. Sin embargo uno de los aspectos más controverciales hoy en día, es el grado de recuperación esperado en los pacientes con secuelas de EVC.

El efecto de la terapia rehabilitatoria sobre el mejoramiento y la retención de ganancia durante la rehabilitación inicial y la eficiencia de los servicios de consulta externa para aumentar las habilidades de los pacientes en autocuidado y movilidad han sido evaluados en muchos estudios, sin embargo los resultados fueron parcialmente dirigidos en varios estudios prospectivos en los Estados Unidos e Inglaterra, dichos resultados son limitados tanto por la compración como por la generalización de recomendaciones, porque carecen del uso consistente de medidas reales y válidas del resultado funcional. (7)

En México durante 1989 se registraron 423,304 defunciones, de las que 20,266 fueron ocasionadas por un EVC y el 20% de las mismas se asoció con hipertensión arterial sistemática. Considerándose entonces una incidencia anual de 5-10 por 100,000 habitantes en menores de 40 años y de 20 por 100,000 habitantes en mayores de 65 años (14)

En el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación dependiente de la Secretaría de Salud durante el año de 1994 se atendieron a 172 pacientes con secuelas de EVC, lo correspondió al 2.5% del total de pacientes atendidos por primera vez en dicho año, colocándola en el noveno lugar de incidencia entre los padecimientos que se atendieron en este Instituto. Cuadro 1.



CUADRO No 1
10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD INMR 1994

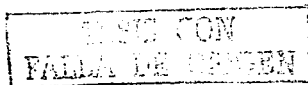
CAUSA	No DE CASOS	%
LUMBALGIA	917	14.4
DEFECTOS DE POSTURA	824	13.1
PARALISIS FACIAL	472	7.9
ENT. ART. DEGENERATIVA	392	6.4
REQUIERE REHABILITACION	387	5.6
PARALISIS CEREBRAL INFANTIL	277	4.0
GONARTROSIS, GONALGIA	248	3.6
ESFONDILO ARTROSIS	225	3.3
SECUELAS DE EVC	172	2.5
RETRAZO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR	142	2.0

Consideradas de un total de 95 padecimientos y un total de población de 6796 pacientes ingresados al I.N.M.R., los porcentajes se obtuvieron tomando como base estos parametros.

En el campo de rehabilitación neurológica de los pacientes atendidos en el I.N.M.R., ocupó el segundo lugar en incidencia, sólo superada por la Parálisis Facial de la que se atendieron en el mismo año 472 pacientes. Sin embargo su predominio entre los padecimientos que afectan al Sistema Nervioso Central y que resultan en importantes problemas de incapacidad es claro, ya que comparado con la incidencia de otras entidades como la Lesión Medular de la que se atendieron en el mismo lapso de tiempo 35 pacientes, el Traumatismo Cráneo Encefálico del que se atendieron 21 pacientes, la Esclerosis Múltiple con 9 pacientes, la enfermedad de Parkinson con 7 pacientes y la Esclerosis Lateral Amiotrófica de la que se atendieron 7 pacientes (cuadro 2), con lo que se demuestra su alta incidencia y es también reconocida por su gran efecto incapacitante. (10)

La mayoría de los pacientes acuden a este Instituto en fase subaguda o crónica de la enfermedad, en busca de una atención integral, que le permita reintegrarse a una vida independiente y en algunos casos hasta productiva.

Basados en los datos anteriores podemos justificar la realización de un estudio que nos permita conocer las condiciones en que se reciben,



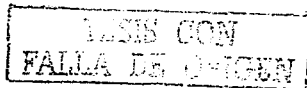
valoran, atienden y egresan los pacientes con secuelas de una EVC, y se identifiquen de igual forma (de ser posible) los factores predisponentes, los tipos de EVC, las variables epidemiológicas y sus complicaciones, así como los factores sociales, psicológicos y económicos asociados con la Enfermedad Vasculat Cerebral.

Con los resultados obtenidos se podrá protocolizar el manejo interdisciplinario de los pacientes con secuelas de EVC y realizar un adecuado seguimiento de los casos, reconociendo el efecto de la rehabilitación sobre la calidad de vida del paciente.

CUADRO No 2

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD NEUROLOGICA

1	PARALISIS FACIAL	472
2	SECUELAS DE EVC	172
3	MIELOPATIA (LESION MEDULAR)	35
4	SECUELAS DE POLIOMELITIS	28
5	POLINEUROPATIA DIABETICA	25
6	SECUELAS DE T.C.E.	21
7	LESION NERVI0 CIATICO	21
8	LESION NERVI0 RADIAL	13
9	LESION DE PLEXO BRAQUIAL	11
10	LESION NERVI0 MEDIO	10
11	ESCLEROSIS MULTIPLE	9
12	ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROP.	7
13	PARKINSON	7
14	GUILLEN-BARRE	6
15	LESION NERVI0 CUBITAL	6
16	CHARCOT-MARIE, TOOTH	5

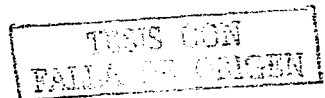


HIPOTESIS

Se cuenta en la actualidad con la infraestructura necesaria para la atención de los pacientes hemiplejicos y se les brinda el beneficio de tener una adecuada calidad de vida

Si esto es cierto debemos lograr que los pacientes con hemiplejia como secuela de una EVC se integren a un estado de vida independiente y productivo.

En tal caso la atención que se les proporciona debe ser oportuna, individualizada, coherente con su o sus afecciones y se les llevara a cabo un adecuado seguimiento de su efecto sobre el paciente, su familia y la comunidad. Esto es sin duda algo que debe analizarse.

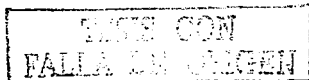


OBJETIVO

Determinar las condiciones en que son ingresados para tratamiento los pacientes sobrevivientes de una EVC, las valoraciones que se le realizan, cuál es su evolución, el tiempo utilizado, y el estado en que se encuentra al ser egresado o al término de la presente investigación.

Reconocer las variables epidemiológicas, los factores de riesgo y las determinantes psicosociales asociadas a la Enfermedad Vascular Cerebral.

Proponer en base a los resultados obtenidos la posibilidad de protocolizar el manejo de estos pacientes y la continuidad en el seguimiento de los resultados.

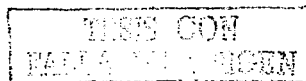


PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con la gran evolución que ha tenido la medicina y en general la ciencia y la tecnología, se ha logrado disminuir e incluso erradicar muchas enfermedades o mejorar la calidad de vida de los pacientes que la sufren, aumentado la esperanza de vida de la población y sin embargo como consecuencia las enfermedades crónico degenerativas han aumentado.

La Enfermedad Vascolar Cerebral es un claro ejemplo de esto, ya que su incidencia en la población mayor de 50 años es elevada y la hemiplejia como secuela de la misma es bien conocida por el alto grado de discapacidad que ocasiona y los problemas familiares y sociales que conlleva.

Lo antes mencionado obliga a la constante revisión de los programas de asistencia establecidos para este tipo de pacientes en la búsqueda de mejorar la calidad de atención que se les brinda.



DISEÑO DE LA INVESTIGACION MATERIAL Y METODOS

Se realizará un estudio retrospectivo documental, longitudinal de los pacientes ingresados para tratamiento en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación de la Secretaría de Salud, que fueron diagnosticados con hemiplejía como secuela de una Enfermedad Vascular Cerebral (EVC), en el período comprendido del 1 de octubre de 1994 al 31 de octubre de 1995

CRITERIOS DE INCLUSION

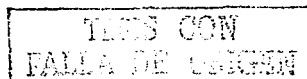
Serán incluidos todos los pacientes a quienes se diagnosticó como hemiplejía o hemiparesia secundaria una Enfermedad Vascular Cerebral.

Se considerará solo a aquellos que correspondan al primer evento de EVC

CRITERIOS DE EXCLUSION

Serán excluidos todos los pacientes a quienes se diagnosticó hemiplejía o hemiparesia secundaria a otras patologías como Traumatismo Craneoencefálico, Tumor Cerebral, Absceso Cerebral o cualquier otra causa distinta al EVC.

También serán excluidos aquellos pacientes que presenten una hemiplejía como secuela de EVC, que correspondan a un segundo o más eventos vasculares cerebrales



METODOLOGIA.

1.- Se revisará el registro diario de apertura de expedientes de primera vez desde el 1ro de Octubre de 1994 al 31 de Octubre de 1995, registrando todos aquellos expedientes en los que figure como diagnóstico de ingreso hemiplejia, hemiparesia o secuelas de EVC.

2.- A los expedientes de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos, se les aplicará una cédula de recopilación de datos que fúe elaborada considerando los criterios generales de la tesis realizada por el Dr. Luis Montes de Oca Domínguez cuyo titulo es "La hemiplejia como secuela de la enfermedad vascular cerebral", con algunas modificaciones que pretenden ampliar la investigación , tomando además en cuenta factores psicosociales.

3.- Se realizará el análisis de los resultados, de tal forma que la información obtenida pueda ser utilizada en el futuro para la elaboración de nuevos programas de atención.

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

ANALISIS DE RESULTADOS

Se revisó un total de 182 expedientes de pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación de la Secretaría de Salud, quienes tenían como diagnóstico de ingreso Hemiplejía, Hemiparesia o secuela de Enfermedad Vasculat Cerebral (EVC), en el período comprendido entre el 1 de Octubre de 1994 y el 31 de Octubre de 1995.

Se incluyeron para el estudio 125 pacientes quienes cumplieron con el requisito de ser Hemiplejías secundarias a un primer evento de EVC, correspondiendo al 68.7% de los expedientes revisados y que pasaron a conformar la muestra en estudio.

Se eliminaron 57 pacientes basados en los criterios de exclusión establecidos, porque los pacientes presentaban otras patologías no relacionadas o por no contar con los expedientes y/o estos estaban incompletos, correspondiendo al 31.3% del total de los expedientes realizados, entre los pacientes excluidos se encontraron:

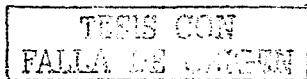
15 casos que correspondían a un segundo o más eventos de EVC, que equivalen al 8.2 % del total de los expedientes revisados.

23 casos de diagnóstico de Hemiplejía con etiología distinta al EVC, que correspondieron al 12.6% de los expedientes revisados. entre los que se encontraron:

- 9 como secuela de Traumatismo Craneoencefálico.
- 4 como secuela de Tumores Cerebrales.
- 1 como secuela de un Absceso Cerebral.
- 5 como secuela de Parálisis Cerebral Infantil.
- 2 como secuela de Encefalopatía Hipóxia.
- 2 como secuela de Encefalopatía Alcohólica.
- 7 expedientes de los cuales, 4 no se obtuvieron y 3 no contenían

la información requerida, los que representaron al 3.84% del total de expedientes revisados.

- 12 Pacientes que tenían diversas patologías no relacionadas con el estudio y que correspondían al 6.59% de los expedientes revisados.



De los 125 pacientes que conformaron la muestra del estudio, la relación en cuanto al sexo fué mayor para el masculino con 70 pacinetes (56%) que para el femenino con 55 pacientes (44%) de un total de 125 pacientes.

La edad mínima para los pacientes en estudio fue de 18 años y la máxima de 89 años, con una media (x) de 60.58 años.

En cuanto a la frecuencia por grupos de edad, el mayor número de pacientes se encontró entre los 60 a los 69 años, con 39 casos que corresponden al 31.2% , seguido por el grupo de pacientes entre 50 a 59 años con 24 casos, que corresponde al 19.2%; 21 casos de pacientes entre 70 a 79 años, representando un 16.8%, siendo que de estos 3 grupos de edad se conforma el 67.2% total de la muestra y el 32.8% restante para los otros 5 grupos de edad como se muestra en el cuadro siguiente: (CUADRO No. 3) Lo antes mencionado demuestra la relación que tiene la Enfermedad Vasculat Cerebral con la edad avanzada.

GRUPO-EDAD	NUMERO	%
10 - 9 AÑOS	01	0.8
20 - 29 AÑOS	04	3.2
30 - 39 AÑOS	07	5.6
40 - 49 AÑOS	15	12.0
50 - 59 AÑOS	24	19.2
60 - 69 AÑOS	39	31.2
70 - 79 AÑOS	21	16.8
80 - 8 MAS	14	11.2
TOTAL:	125	100.0

En cuanto a la ocupación de los pacientes, se encontró que las personas que se emplean para desempeñar diversas ocupaciones, tuvo la mayor incidencia con 39 pacientes que corresponde al 31.2%, (siendo las actividades mas frecuentes la de albañil con 8 pacientes, de chofer o taxista con 8 pacientes, de empleado de oficina con 5) y otras con menos frecuencia, seguida por personas dedicadas a las labores de hogar con 38 pacientes que corresponde al 30.4%, 15 pacientes eran desempleados, lo que representa un 12% y 13 se dedicaban al comercio correspondiente al

ISSIS CON
FALLA DE CONTROL

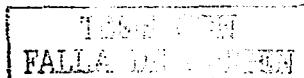
10.4%, siendo para otras actividades un número menos de pacientes como se muestra en el cuadro No. 4

CUADRO No 4
DISTRIBUCION POR TIPO DE OCUPACION

OCUPACION	NUMERO	%
OBRAERO	7	5.6
CAMPESINO	3	2.4
EMPLEADO	39	31.2
PROFESIONISTA	0	-
LABORES DE HOGAR	38	30.4
COMERCIANTE	13	10.4
PENSIONADO-JUBILADO	8	6.4
DESEMPLEADO	15	12.0
ESTUDIANTE	1	0.8
NO REFERIDO	1	0.8
TOTAL:	125	100.0

Con respecto al grado de escolaridad los datos obtenidos demuestran el bajo grado de educación de la población atendida, 41 pacientes tienen estudios de primaria sin que la hubieran terminado, lo que corresponde al 32.8%, 30 de los pacientes tienen estudios de primaria completa, que equivale al 24% de los pacientes; 20 de los pacientes son analfabetas, siendo ello un 16% de total de pacientes estudiados. Con secundaria hay 11 pacientes equivalente al 8.8%, 10 tienen nivel técnico 8%, 8 con nivel preparatoria o bachillerato 6.4%, 4 con una licenciatura que corresponde al 3.2% y un paciente en el que no se refirió el nivel de estudios.

En cuanto al Tipo de Enfermedad Vascular Cerebral, se encontró que sólo un número reducido de pacientes refirió el Tipo EVC que había sufrido; y en pocos casos se contó con estudio de Tomografía Axial Computarizada (TAC) que permitiera determinar un diagnóstico adecuado. Se observó que en la mayor parte de las historias clínicas se determinaba el diagnóstico de Hemiplejía o Emiparesia como secuela de EVC, sin que se determinara el tipo de EVC. En la mayoría de los casos fué en la valoración cardiológica en la que se determinó el tipo probable de evento considerando la forma, hora de presentación y los antecedentes cardiovasculares.



Quedando la distribución de acuerdo al tipo de Enfermedad Vascular Cerebral como se indica en cuadro 5.

CUADRO No. 5
CLASIFICACION DE ACUERDO AL TIPO DE EVC.

TIPO EVC	NUMERO	%
TROMBOTICO	41	32.8
HEMORRAGICO	21	16.8
EMBOLICO	28	22.4
ISQUEMICO	4	3.2
SIN DIAGNOSTICO	31	24.8
TOTAL	125	100.0

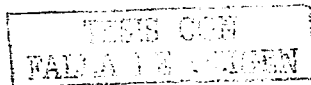
Se estableció diagnóstico de certeza solo en 25 pacientes, que correspondían al 20% del total, en 69 pacientes se diagnosticó como probable hemorrágico, probable embólico, etc., y en 31 pacientes no se estableció un diagnóstico en cuanto al tipo de evento

CUADRO No. 6
PORCENTAJE DE ACUERDO AL TIPO DE DIAGNOSTICO.

DIAGNOSTICO	NUMERO	%
PROBABLE	64	51.2
CERTEZA	25	20.0
SIN DIAGNOSTICO	31	24.8
TOTAL	125	100.0

De acuerdo al hemisferio afectado no se encontró una diferencia significativa, ya que en 64 pacientes el lado afectado fué el derecho, lo que correspondía al 51.2% y en 61 pacientes el lado afectado fué el izquierdo, equivalente al 48.8%.

En ninguno de los expedientes revisados se determinó el lado dominante del paciente, lo que podría permitir en forma precoz, determinar qué tan discapacitante será la enfermedad, ya que si el



hemicuerpo afectado es el dominante esto representará una mayor dificultad para la recuperación de las habilidades de autocuidado e independencia.

La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento neurológico durante la fase aguda, considerando a esta como la atención especializada intrahospitalaria, como se muestra en el cuadro 7.

CUADRO No 7
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO
NEUROLOGICO

TRATAMIENTO NEUROLOGICO	NUMERO	%
RECIBIERON	91	72.8
NO RECIBIERON	34	27.2
TOTAL	125	100.0

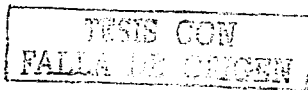
Se estableció el tiempo de hospitalización en 85 de los 91 pacientes que recibieron tratamiento neurológico, el cual osciló entre 2 y 90 días con una media (x) de 19.71.

La distribución en cuanto al tiempo de hospitalización de los pacientes internados para tratamiento posterior al EVC fué de la siguiente manera.

CUADRO No. 8
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PERIODO DE INTERNAMIENTO

TIEMPO HOSPITALIZACION	NUMERO	%
1 - 5 DIAS	43	50.6
16-30 DIAS	23	27.0
31-45 DIAS	2	2.4
46-60 DIAS	6	7.0
90-6 MAS DIAS	11	13.0
TOTAL	85	100.0

De los pacientes que recibieron tratamiento intrahospitalario, algunos también fueron incluidos en programas de rehabilitación, otros la recibieron en forma particular en sus domicilios



CUADRO 9

PORCENTAJE DE PACIENTES CON TRATAMIENTO REHABILITATORIO

TRATAMIENTO REHABILITATORIO	NUMERO	%
SI RECIBIERON	29	23.2
NO RECIBIERON	96	76.8
TOTAL	125	100.0

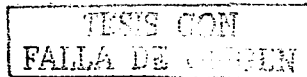
En cuanto a los pacientes que recibieron tratamiento rehabilitatorio previo, al ser ingresados al I.N.M.R., se estableció en 28 de los mismos, la Institución y/o la forma en que la recibieron y el tiempo, como se muestra en el cuadro numero CUADRO No 10

CLASIFICACION DE ACUERDO A LA INSTITUCION TIEMPO DE TRATAMIENTO REHABILITATORIO.

INSTITUCION	NUMERO	TIEMPO
S.S.A.	2	1M -4M
		2/1M
I.M.S.S.	10	1/1.5M
		4/2M
		2/3M
		1/4M
		1/10D
ISSSTE	4	1/3M
		1/5M
		1/6M
PARTICULAR	12	2/1M
		1/2M
		6/3M
		1/6M
		1/12M

Se determinó en los 125 pacientes que conformaron la muestra el tiempo transcurrido entre el Evento Vascular Cerebral y su ingreso al Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación. Dicho tiempo osciló desde 2 días hasta 13 años, aún cuando la mayoría, el 55.2% acudieron dentro de los primeros 6 meses posteriores al EVC.

Si se considera que la fase aguda es de 1 a 14 días y la subaguda de 15 a 90 días para nuestro grupo de estudio 54 pacientes ingresarón en estas etapas de la enfermedad, lo que equivale al 43.2%.



CUADRO No 11
DISTRIBUCION POR TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL EVC Y SU
INGRESO AL INMR

TIEMPO	NUMERO	%
1 A 29 DIAS	23	18.4
1 A 3 MESES	31	24.8
4 A 6 MESES	15	12.0
7 A 12 MESES	20	16.0
13M A 5 AÑOS	31	24.8
MAS DE 5 AÑOS	5	4.0
TOTAL	125	100.0

Los 71 pacientes restantes acudieron a una fase crónica de la enfermedad.

A su ingreso al Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación se les realiza la valoración inicial mediante la historia clínica correspondiente, con lo que se estableció en la totalidad de los casos el diagnóstico de Hemiplejia. Sin embargo no se inicia en este momento la terapia rehabilitatoria ya que es requisito indispensable para su inicio conocer las condiciones de estabilidad cardiovascular del paciente, por lo que se le realiza una valoración cardíaca y es posterior a dicha valoración que se autoriza el inicio de la rehabilitación.

Para fines del estudio se consideró ambas valoraciones como iniciales y se hizo necesario establecer el tiempo entre el ingreso del paciente y el inicio del tratamiento, ya fuera de tipo institucional o a través de un programa de enseñanza de casa.

El tiempo entre la valoración inicial y el inicio de la rehabilitación oscila entre 1 a 146 días (aún cuando se podría considerar como excepcional los casos de los 3 pacientes que iniciaron la rehabilitación en forma inmediata); la media (x) de tiempo fue de 44.94 días y solo se estableció con 93 pacientes que fueron los que iniciaron tratamiento rehabilitatorio equivalente al 74.4%.

De los 125 pacientes ingresados 27 solo acudieron a la valoración inicial correspondiendo al 21.6% y 5 además de está acudieron a la valoración cardiológica siendo un 4% sin que estos 32 pacientes (25.6%) recibieran tratamiento rehabilitatorio.

TESIS CON
 FALLA DE CUBRIR

La distribución por grupos y tiempo de inicio de la terapia rehabilitatoria se observa en el cuadro No. 12

CUADRO No 12
TIEMPO ENTRE EVC E INGRESO AL I.N.M.R.

TIEMPO	NUMERO	%
1-30DIAS	21	22.8
31-60 DIAS	54	58.0
61-90 DIAS	14	15.0
90-120 DIAS	2	2.1
121-O MAS DIAS	2	2.1
TOTAL	93	100.0

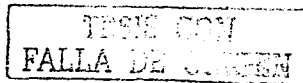
Se investigó en los 125 pacientes los antecedentes de enfermedades o factores considerados como de riesgo para desarrollar una EVC obteniéndose los siguientes datos.

De los 125 pacientes que conformaron la muestra 82 pacientes tenían antecedentes de Hipertensión Arterial Sistémica con tiempos de evaluación variables como se muestra en el cuadro No. 13

CUADRO No 13
HIPERTENSION Y TIEMPO DE EVOLUCION.

TIEMPO DE EVOLUCION	NUMERO	%
1 A 5 AÑOS	37	45.1
6 A 10 AÑOS	18	21.9
11 A 20 AÑOS	13	15.8
21 O MAS AÑOS	14	17.2
TOTAL	82	100.0

Los 82 pacientes corresponden a un 65.6% de los pacientes incluidos, siendo esta una de las enfermedades mas relacionadas con la EVC.



Se determinó el antecedente de cardiopatía en 17 de los pacientes con EVC lo que corresponde al 13.6% del total. El tiempo de evolución se muestra en el cuadro No 14

CUADRO No 14

TIEMPO DE EVOLUCION DE CARDIOPATIAS

TIEMPO EVOLUCION	NUMERO	%
1 A 5 AÑOS	7	41.1
6 A 10 AÑOS	3	17.6
11 A 20 AÑOS	3	17.6
21 O MAS AÑOS	4	23.7
TOTAL	17	100.0

En cuanto al tipo de cardiopatía se encontró que 7 pacientes tenían una valvulopatía asociada a cardiopatía reumática, 4 pacientes tenían antecedentes de infarto agudo de Miocardio, y uno refirió cardiopatía congénita no especificada. En 5 pacientes no se conocía el tipo de afección cardíaca.

De los 125 pacientes estudiados solo 25 tenían antecedentes de tener Diabetes Mellitus representando al 20% del total de la muestra, con la siguiente distribución por tiempo de evolución Cuadro No. 15

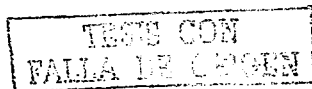
CUADRO No 15

EVOLUCION Y DIABETES MELLITUS.

TIEMPO EVOLUCION	NUMERO	%
1 A 5 AÑOS	6	24
6 A 10 AÑOS	5	20
11 A 20 AÑOS	8	32
21 A MAS AÑOS	6	24
TOTAL	25	100.0

Solo 2 pacientes refirieron antecedentes de enfermedad vascular periférica siendo el 1.6% de los pacientes estudiados.

En cuanto a la Hipercolesteronemia solo un paciente la refirió correspondiendo al 0.8%.



16 pacientes tenían antecedentes de otras enfermedades representando a un 12.8% de la muestra.

Siendo las siguientes enfermedades agregadas encontradas:

- 3 pacientes presentaban hiperuricemia
- 3 con antecedentes de crisis convulsivas
- 2 pacientes con asma
- 1 con Lupus Eritematoso Sistémico
- 1 con Aneurisma de Aorta Abdominal tratado Quirúrgicamente
 - 1 con Malformación Arterio-Venosa Cerebral
 - 2 pacientes tenían Insuficiencia Renal
 - 1 con antecedente de Nefrectomía
 - 1 con Secuelas de Polio
 - 1 se refirió HIV positivo

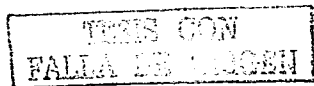
De los 125 pacientes estudiados 53 refirieron antecedentes de tabaquismo, correspondiendo al 42.4% del total de la muestra, siendo el tiempo de evolución variable como se muestra en el cuadro No. 16

CUADRO No 16

TABAQUISMO Y TIEMPO DE EVOLUCION

TIEMPO EVOLUCION	NUMERO	%
1 A 5 AÑOS	6	11.3
6 A 10 AÑOS	6	11.3
11 A 20 AÑOS	5	9.4
21 O MAS AÑOS	36	68.0
TOTAL	53	100.0

Con antecedentes de Alcoholismo se refirieron 40 pacientes representando un 32% del total de los pacientes incluidos en el estudio. Quedando los tiempos de evolución de acuerdo al cuadro No. 17.



CUADRO No 17

ALCOHOLISMO Y TIEMPO DE EVOLUCION

TIEMPO EVOLUCION	NUMERO	%
1 A 5 AÑOS	5	12.5
6 A 10AÑOS	5	12.5
11 A 20 AÑOS	6	15.0
21 O MAS AÑOS	24	60.0
TOTAL	40	100.0

Como se hizo notar en cuanto a la relación de la edad avanzada y el EVC es posible también observar qué porcentaje importante de los pacientes estudiados refirieron largos períodos de tabaquismo y alcoholismo, ya que 36 para el primero y 24 para el segundo tenían 21 ó más años de evolución de estas toxicomanías.

Sin embargo ningún paciente refirió antecedentes del uso de drogas.

En el caso de una paciente femenina de 30 años el único antecedente que se logró establecer previo al EVC fué el uso de anticonceptivos por tres años, siendo este el único caso en que se relacionó este factor que ha sido considerado como uso de los factores predisponentes de la Enfermedad Vascular Cerebral.

En 3 pacientes se relacionó el EVC con procedimientos quirúrgicos y/o de tratamiento o valoración:

Un paciente presentó el EVC como consecuencia de un embolismo durante un recambio valvular cardíaco.

Un paciente sufrió el EVC al momento de realizarse una angiografía.

Un paciente con antecedentes de malformación congénita arteriovenosa cerebral quien era tratado por medio de embolismos, presentó el EVC durante uno de estos procedimientos.

En 23 pacientes se encontró algún tipo de deformidad al momento de ser ingresado como consecuencia del EVC, siendo estas relacionadas con la larga evolución de la enfermedad, correspondiendo al 18.4% del total de pacientes.

TIENE CON
FALLA DE

CUADRO No 18

FRECUENCIA DE DEFORMIDADES ENCONTRADAS

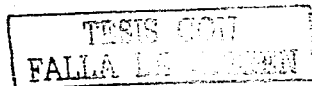
DEFORMIDAD	NUMERO	%
PATRON FLEXOR DE MIEMBRO TORACICO	9	39.1
PATRON EXTENSOR DE MIEMBRO PELVICO	3	13.0
PIE EQUINO	6	26.0
PIE EQUINO-VARO	2	8.7
MUÑECA EN DORSO DE TENEDOR	1	4.2
LUXACION DE HOMBRO	2	9.0
TOTAL	23	100.0

Al final de la rehabilitación las deformidades permanecieron

Se investigó en los pacientes incluidos para el estudio, la función muscular mediante la valoración del control voluntario y la actividad refleja, considerando la información contenida en la historia clínica en el apartado de exploración física como la inicial.

El control voluntario se valoró en 4 rangos de función; adecuado, regular, deficiente y nulo, considerando en miembro Torácico 4 segmentos (hombro, codo, muñeca y mano) y 3 para el miembro pélvico (cadera, rodilla y pie).

Dado que en todos los pacientes incluidos para el estudio se realizó valoración inicial, se logró reconocer las condiciones en que llegaron a la Institución, de acuerdo a su control voluntario en cada segmento valorado.



CUADRO No 19

CONTROL VOLUNTARIO INICIAL DE HOMBRO

CONTROL VOLUNTARIO	NUMERO	%
ADECUADO	37	29.6
REGULAR	36	28.8
DEFICIENTE	25	20.0
NULO	27	21.6
TOTAL	125	100.0

CUADRO No 20

CONTROL VOLUNTARIO INICIAL CODO

CONTROL VOLUNTARIO	NUMERO	%
ADECUADO	35	28.0
REGULAR	34	27.2
DEFICIENTE	25	20.0
NULO	31	24.8
TOTAL	125	100.0

CUADRO No 21

CONTROL VOLUNTARIO INICIAL DE MUÑECA

CONTROL VOLUNTARIO	NUMERO	%
ADECUADO	31	24.8
REGULAR	30	24.0
DEFICIENTE	23	18.4
NULO	41	32.8
TOTAL	125	100.0

CUADRO No 22

CONTROL VOLUNTARIO INICIAL DE MANO

CONTROL VOLUNTARIO	NUMERO	%
ADECUADO	32	25.6
REGULAR	27	21.6
DEFICIENTE	25	20.0
NULO	41	32.8
TOTAL	125	100.0

TESTS ON
FALLA DE CARGEN

Esto demuestra que los segmentos distales se ven más afectados que los proximales, ya que muñeca y mano presentaron una nula función en por lo menos el 50% de los pacientes.

CUADRO No 23

CONTROL VOLUNTARIO INICIAL EN CADERA.

CONTROL VOLUNTARIO	NUMERO	%
ADECUADO	34	27.2
REGULAR	58	46.4
DEFICIENTE	20	16.0
NULO	13	10.4
TOTAL	125	100.0

CUADRO No 24

CONTROL VOLUNTARIO INICIAL EN RODILLA.

CONTROL VOLUNTARIO	NUMERO	%
ADECUADO	29	23.2
REGULAR	43	34.4
DEFICIENTE	33	26.4
NULO	20	16.0
TOTAL	125	100.0

CUADRO No 25

CONTROL VOLUNTARIO INICIAL EN PIE.

CONTROL VOLUNTARIO	NUMERO	%
ADECUADO	29	23.2
REGULAR	43	34.4
DEFICIENTE	33	26.4
NULO	20	16.0
TOTAL	125	100.0

TABIS CON
FALLA EN EL CONTROL

De los 125 pacientes se realizó una segunda evaluación, en 65 de ellos que se consideró como la final del tratamiento rehabilitatorio, correspondiendo al 52% de la muestra, en los 60 restantes no se contó con una nota de evolución diferente de la valoración inicial, con la cual comparar los cambios en cuanto a la función muscular. Se realizó una comparación de las condiciones en que se encontró el control voluntario en los diferentes segmentos valorados, tanto para miembro superior como inferior de acuerdo a los rangos establecidos.

CUADRO No 26

VALORACION DE FUNCION MUSCULAR COMPARATIVA.

I F	HOMBRO	CODO	MUÑECA	MANO	CADERA	RODILLA	PIE
N-N	6	12	15	15	2	4	19
N-D	6	3	2	3	1	5	5
N-R	0	2	3	2	3	2	4
N-A	0	0	1	1	0	0	2
D-N	1	0	2	2	0	0	0
D-D	4	4	5	7	1	11	5
D-R	8	7	5	4	7	6	2
D-A	2	2	1	0	3	3	2
R-D	1	0	0	0	0	1	1
R-R	10	9	7	6	24	13	6
R-A	7	6	7	7	7	7	7
A-R	0	0	0	0	4	0	0
A-A	20	19	18	18	13	13	12
TOTAL	65	65	65	65	65	65	65

La casi totalidad de los expedientes refería la actividad refleja como cambios del tono muscular, observándose hipotonía en etapas tempranas de la enfermedad y aumento del tono en fase tardía. Se valoró el tono de 1 a 4 cruces y al referirlo como conservado se tomó como normal.

TESIS CON
FALLA DE JUREN

CUADRO No 27

ACTIVIDAD REFLEJA DE INICIO.

TONO AUMENTADO	NUMERO	%
+	65	52
++	28	22.4
+++	3	2.4
++++	0	0
TONO DISMINUIDO	19	15.2
TONO NORMAL	10	8.0
TOTAL	125	100.0

Al final de la rehabilitación de acuerdo a la última nota de evolución se observaron cambios en el tono muscular de los 65 pacientes que se valoraron.

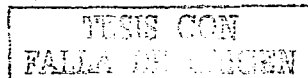
CUADRO No 28

CAMBIOS EN LA ACTIVIDAD REFLEJA

C	AMBIO DE TONO MUSCULAR	NUMERO	%
	EL TONO DISMINUYO	6	9.2
	EL TONO AUMENTO	9	13.8
	EL TONO PERMANECIO IGUAL	43	66.1
	EL TONO PASO A SER NORMAL	7	10.7
	TOTAL	65	100.0

La mayoría de los pacientes no se les logró modificar el tono muscular y solo en 9 (13.8) este aumentó en 18 casos de (+) a (++) y en el último de (+) hasta (+++).

En cuanto al control de tronco este no se encontró en 12 de los 125 pacientes, lo que corresponde al 9.6%, en el resto se encontró con rangos variables de función o control como se muestra en el cuadro correspondiente.



CUADRO No 29
EQUILIBRIO DE TRONCO

CONTROL DE TRONCO	NUMERO	%
ADECUADO	97	77.6
REGULAR	11	8.8
DEFICIENTE	5	4.0
NULO	12	9.6
TOTAL	125	100.0

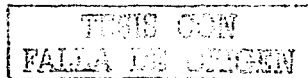
Se valoraron las características de la marcha, de acuerdo a lo referido en el apartado correspondiente de la historia clínica y considerando por separado algunos de sus aspectos. Al inicio no realizaban marcha 28 pacientes equivalentes al 22.4%, la realizaban con asistencia de familiares 25, lo que corresponde al 20%, realizaban marcha 14 pacientes con apoyo de bastón, andadera, etc., 13 pacientes igual al 10.4% y realizaban marcha independiente el 47% del total de los pacientes estudiados o sea 59.

La marcha era claudicante en 60 pacientes lo que corresponde al 48% y solo 4 la realizaban no claudicante 3.2% presentando patrón en segadora 19 pacientes.

Dada la gran variedad de combinaciones o patrones de marcha, tipos de apoyo, etc., sólo se consideraron los aspectos mas relevantes de la marcha.

CUADRO No 30
CARACTERISTICAS DE LA MARCHA EN 125 PACIENTES.

MARCHA	NUMERO	%
NO REALIZO	28	22.4
ASISTIDA	25	20.0
INDEPENDIENTE CON APOYO	13	10.4
INDEPENDIENTE SIN APOYO	59	47.2
TOTAL	125	100.0



Se analizó la marcha en los 65 pacientes en quienes se realizó una segunda valoración comparándola con la que presentaban al ingreso, considerando solo los aspectos más importantes de ésta, obteniendo los siguientes resultados.

CUADRO No 31

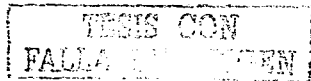
ANALISIS COMPARATIVO DE LA MARCHA EN 65 PACIENTES.

MARCHA AL INGRESO	MARCHA AL FINAL	NUMERO	%
No realiza	No realiza	5	7.8
No realiza	Independ. con apoyo	5	7.8
No realiza	Independ. sin apoyo	2	3.0
Asistida	Asistida	3	4.6
Asistida	Independ. con apoyo	2	3.0
Asistida	Independ. sin apoyo	10	15.3
Independ. con apoyo	Independ. con apoyo	2	3.0
Independ. con apoyo	Independ. sin apoyo	6	9.2
Independ. sin apoyo	Independ. con apoyo	1	1.5
Independ. sin apoyo	Independ. sin apoyo	29	44.8
Total		65	100.0

La comparación en los pacientes que contaban con 2 valoraciones, mostró que la marcha mejoró en 39 pacientes al final de la rehabilitación, persistió igual en 14 y no mejoró en 12 pacientes.

Se logró determinar en 80 pacientes la recuperación de la función en miembro Torácico, algunas presentaron dada la valoración inicial de la recuperación determinando un adecuado control voluntario y la realización de algunas de las actividades básicas de mano fundamentalmente prensión y oposición, en otros fué en la valoración final donde se verificó el mejoramiento de la función o la ausencia de la misma. En 45 pacientes se observó la recuperación del control funcional de miembro Torácico lo que corresponde al 36% de los 125 pacientes que conformaron la muestra. En los 35 pacientes restantes no hubo la recuperación funcional del Miembro Superior.

Se encontró referida en los expedientes revisados la presencia de asimetría facial para 76 pacientes (de los cuales 40 eran derechas y 36 izquierdas) correspondiendo al 60.8% de la muestra.



Presentaron hombro doloroso 52 pacientes, lo que corresponde al 41.6% del total y no lo refirieron 73 equivalente al 58.4%.

Solo se encontró a 4 pacientes con deterioro mental que corresponden a un 3.2% de los pacientes estudiados.

En cuanto a los trastornos de la sensibilidad o de tipo perceptual, refirieron hiperestesia 57 pacientes (45.6%), hiperestesia en 2 pacientes (1.6%). Se encontró Hemianopsia Homónima persistente en 2 pacientes (1.6%) en ambos casos izquierda.

De los pacientes estudiados se presentó Afasia en 30 lo que correspondió al 40% de la muestra y se encontró Disartria en 22 equivalente al 17.6%, siendo estos los unicos trastornos del lenguaje inferidos.

Se estableció el tiempo de tratamiento rehabilitatorio considerándolo como el tiempo transcurrido entre la valoración inicial y la última nota de evolución, quedando como se muestra.

CUADRO No 32
DURACION DEL TRATAMIENTO REHABILITATORIO

TIEMPO	NUMERO	%
MENOS DE 1 MES	1	0.8
1 - 3 MESES	33	26.4
4 - 6 MESES	31	24.8
7 - 9 MESES	15	12.0
10-12 MESES	8	6.4
13 6 MAS	2	1.6
NO REALIZADO REHAB.	36	28.0
TOTAL	125	100.0

Se investigó cuál era la situación laboral de los pacientes y se encontró que solo 9 pacientes (7.24%) se reintegraron a una actividad laboral remunerada, 8 regresaron a su actividad anterior y 1 cambió de actividad, en los restantes la mayoría refirió realizar alguna actividad en el hogar no remunerada.

TESTE COM
FALLA DE CAREN

De los 125 pacientes incluidos 39 (31.2%) contaban con algún servicio médico al momento de presentar la EVC, de la que 20 eran derechohabientes del IMSS, 16 del ISSSTE y 3 lo tenían pero no refirieron en qué Institución.

La sobrevida no se considero ya que el período utilizado en la presente investigación fue tan solo de 13 meses y no es lo suficientemente apropiado para determinar tiempo de sobrevida.

Se trató de establecer el estado económico de los pacientes buscando datos sobre el sueldo que percibían al momento del EVC pero pocos lo refirieron encontrando la siguiente información en el cuadro 33

CUADRO No 33

ESTADO ECONOMICO DEL PACIENTE.

INGRESO	NUMERO
NINGUNO	56
VARIABLE	19
NO REFERIDO	41
PENSION \$800.00	2
PENSION 400.00	1
PENSION 420.00	1
PENSION 783.00	1
PENSION 500.00	1
PENSION 175.00	1
SUELDO 3,600.00	1
TOTAL	125

Se buscó intencionadamente cuántos pacientes recibían una pensión o jubilación, ya que la mayoría de ellos son mayores de 60 años, encontrando que solo 19 reciben pensión (15.2%) los demás 106 pacientes no recibían un apoyo económico propio

Mediante el estudio social se encontró que solo 11 pacientes dependían de sí mismos lo que corresponde al 8.8%, otros 15 dependían de sí mismos pero recibían algún apoyo familiar (12%), la mayoría pasó a depender de sus hijos, 55 de ellos, lo que corresponde el 44% el resto que eran 30 dependían de otros familiares.

Se realizó valoración psicológica en 25 pacientes lo que corresponde al 20% de la muestra, en las mismas se encontró que para valorar la capacidad intelectual se utilizaron las pruebas de RAVEN, BARSIT y PIERRE GILLES WEIS, en 7 pacientes las pruebas no se



realizaron por que el paciente presentaba baja compresión, de los 18 restantes se encontró:

Rinden como superior al término medio - 4

Rinden como normal igual término medio- 4

Rinden como inferior al término medio -10

En los 10 pacientes inferiores el término medio se encontraron problemas de concentración y aprendizaje.

Se aplicaron pruebas para determinar personalidad utilizando las de Machover y Lüscher en 21 pacientes encontrando en todos depresión y ansiedad .

VENIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

Los resultados obtenidos en el presente estudio mostraron que la incidencia de la Enfermedad Vasculare Cerebral es alta, si consideramos que en los 13 meses revisados se presentaron al Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, 125 casos de un primer evento y 15 de segundos o más eventos Vasculares Cerebrales, dando un total de 140 casos.

Siendo la relación entre ambos sexos muy similar a la reportada en otros estudios y no significativa. (15)

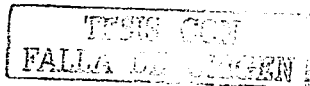
Aún cuando la mayoría de los pacientes correspondió a mayores de 50 años (67%), se encontró una insidencia más frecuente en pacientes jóvenes, la mayoría relacionados con eventos hemorrágicos asociados a ruptura de aneurismas o a malformaciones arteriovenosas congénitas cerebrales.

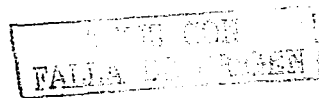
Tanto desde el punto de vista de las ocupaciones como de la escolaridad, se comprobó que el nivel social y educativo de los pacientes es bajo no encontrando ningún profesionista ejerciendo, y los que tenían licenciatura, realizaban otras actividades (4) que corresponde al 3.2%, siendo el 76.8 pacientes con primaria, primaria incompleta o analfabetas.

El presente estudio mostró que un número importante de pacientes (72.8%) recibieron Tratamiento Neurológico intrahospitalario y sin embargo pocos refirieron que tipo de EVC habían sufrido o contaban con Tomografía Computarizada, que permitiera elaborar un diagnóstico de certeza. Ninguno refirió haber recibido rehabilitación en fase aguda y al ser egresados, no son devidamente canalizados para atención rehabilitatoria, perdiéndose un tiempo considerado como valioso por muchos autores. (2),(19)

De estos 29 pacientes habían recibido tratamiento rehabilitatorio sin que se alcanzara un grado satisfactorio de recuperación, motivo por el cual acudieron a nuestra Institución.

El tiempo transcurrido entre el EVC y su ingreso al I.N.M.R. osciló de 2 días hasta 13 años, siendo esto una gran diferencia, en general los pacientes con varios años de evolución de su enfermedad acudieron por problemas relacionados con patrones espásticos y deformidades severas, frecuentemente dolorosas.





El número de pacientes que acudió en fase aguda y subaguda fué alto ya que correspondió al 43.2%, requiriendo un tratamiento inmediato, ya que como han demostrado varios autores la Rehabilitación comprensiva-intensiva logra grandes beneficios en el paciente. (2)

Sin embargo como tambien se demostró en este estudio el tiempo transcurrido entre el ingreso y el inicio de la Terapia propiamente dicha tuvo una media (\bar{x}) de 44.94 días y aún cuando se dan instrucciones sobre los cuidados y algunas medidas generales para favorecer la recuperación y que pueden realizar los familiares, esto no corresponde a un programa de rehabilitación.

El estudio logró establecer una relación entre la Enfermedad Vascular Cerebral y los principales factores de riesgo conocidas como son la Hipertensión Arterial, la Cardiopatía, la Diabetes, el tabaquismo y con otros menos importantes, pero también conocidos como el uso de anticonceptivos (que se relacionó con 1 paciente y que en la mayoría de los casos no se busca en forma intencionada), la Hiperuricemia y Enfermedad Vascular Periferica .

Los datos obtenidos de la recuperación motora y de control voluntario muestran la variedad de combinaciones que puede presentarse de acuerdo a la seguridad y al segmento del cuerpo afectado y sin embargo se ha logrado demostrar el efecto de la rehabilitación en la recuperación tanto del miembro superior que fué para el grupo muestra del 36% y para el miembro inferior del 60%.

Un aspecto importante que se encontró fué que existe una gran deserción de los pacientes que acuden al INMR ya que solo 65 de los 125 equivalente al 52% contaron con notas de evolución que permitieron un análisis comparativo, 32 paciente no iniciaron tratamiento y de los 93 en los que se inició terapia sólo 65 continuaron su tratamiento o sea que a este nivel desertaron otros 28 pacientes.

La sobrevida no se consideró, ya que el tiempo del estudio fué tan solo de trece meses, razón por la cuál no se consideró válido determinar tiempo de sobrevida.

El hecho de que solo 9 pacientes volvieron a ser productivos puede considerarse como pobre, sin embargo habría que considerar que la mayoría de la población se encuentra dentro de lo que llamamos ancianidad y vejez.

TALLA DE PUNTO
MAYO 1968

Se necesita un estudio más prolongado y con un mayor número de pacientes para determinar el efecto que produce la depresión en el paciente hemipléjico.

Aún cuando en la mayoría de los pacientes se reporta un adecuado soporte económico y familiar, la experiencia muestra que la dependencia del hemipléjico ocasiona trastornos familiares y que su ausencia a las terapias o la deserción son problemas de falta de apoyo familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

CONCLUSIONES

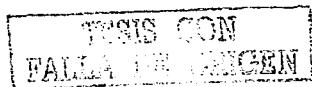
El presente estudio ha demostrado que se han logrado avances en el tratamiento del paciente hemipléjico, que se cuenta con un gran soporte científico que indica el camino a seguir y sin embargo no se ha logrado hacer del paciente con secuelas de EVC un individuo independiente y productivo.

Es necesario optimizar los recursos humanos y materiales disponibles para brindar una atención oportuna, coherente con las necesidades del paciente y que permita el seguimiento del mismo a largo plazo y reconocer el efecto de la rehabilitación en el paciente, su familia y la comunidad.

Crear un protocolo para la atención de los pacientes con secuelas de Enfermedad Vasculat Cerebral que tome en cuenta la fase de la enfermedad en la que se presenta el paciente (ya que no es igual tratar al que acude con 1 a 3 meses de evolución que a los que llegan después de 5 años). Que acorte los tiempos de valoración permitiendo una intervención mas temprana, individualizar los tratamientos y permita realizar un adecuado seguimiento.

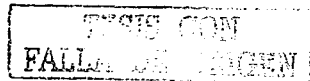
Que involucre al equipo interdisciplinario de manera que en forma comprometida, participe en la elaboración de los programas, supervise los avances logrados, conozca que pasa en el entorno familiar y psicosocial del paciente.

Permitirá que se garantice al hemipléjico una atención integral y de calidad que es lo que merece.



REFERENCIAS

- 1.- Alcantara A. Mortalidad en pacientes geriátricos del Hospital General de México. Salud Pública de México. 1993 Vol 35 (4) julio-agosto:358-374.
- 2.- Allen Keith R. Acute and subacute rehabilitation for stroke: A comparison. Arch Phys Med Rehabil 1995, Vol 78 Jun; 495-500.
- 3.- Alter M. Hypertension and risk of stroke recurrence. Stroke 1994 , Vol 25 (8) August: 1605-1610.
- 4.-_Barnett H.J.M. Aspirin in stroke prevention: An overview. Stroke 1990 Vol 21 (12) December Suppl IV; 40-43.
- 5.- Basmajian JV. The many hidden faces of stroke: A call for action. Arch Phys Med Rehabil 1987 Vol 67 May; 219.
- 6.- Barchfiel CM. Glucose intolerance and 22-year stroke incidence. Stroke 1994, Vol 25 (5) May; 951-959
- 7.- Davidoff G.N. Acute stroke patients: Long-term effects of rehabilitation and maintenance of gains. Arch Phys Med Rehabil 1991, Vol 72 October; 869-873.
- 8.- Dumbahin D.W. Preventing stroke by de modification of risk factors. Stroke 1990, Vol 21 (13) Suppl IV; 36-39.
- 9.- Gowland C.A. Staging motor impairment after stroke. Stroke 1990, Vol 21 (9) September; 19-21.
- 10.- Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, Departamento de Bioestadística.
- 11.- May DS. Use of medicare claims data to estimate national trends in stroke. Stroke 1994, Vol 25 (12) December; 2343-47.
- 12.- May DS. Trends in survival after stroke among medicare beneficiaries. Stroke 1994, Vol 25 (8) August; 1617-22.
- 13.- Reding MI. Stroke rehabilitation. Neurologic Clinics 1987 (5) : 601-627.



14.- Ruelas GM. Rehabilitación del paciente con Enfermedad Vascul ar Cerebral. Tesis de posgrado. Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación.

15.- Smurawska LT. Cost of acute stroke care in Toronto Canada. Stroke 1994, Vol 25 (8) August; 1628-31.

16.- Terent A. Costs of stroke in Sweden: A national perspective. Stroke 1994, Vol 25 (12) December; 2363-69.

17.- Truelsen T. Comparison of probability off stroke between the Copenhagen city heart study and de Framingham study. Stroke 1994, Vol 25 (4) April; 802-807.

18.- Toedter L.J. Psychological measures reliability in the assessment of stroke patients. Arch Phys Med Rehabil 1995, Vol 76 August; 719-725.

19.- Unsworth CA. Rehabilitation team decisions on discharge housing for estroke patients. Arch Phys Med Rehabil 1995, Vol 76 April; 321-340.

20.- Wolf P.A. Overvii of the cpidemiology of stroke. Stroke 1990, Vol 21 (9) September Suppl; 4-6.

