

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN SIGLO XXI
DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
“UNIDAD CERTIFICADA POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL “**

TÍTULO

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL QUE ASISTEN A LA
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN SIGLO XXI**

INVESTIGADOR

**Dra. Rita del Carmen Olivares Vázquez.
Médico Residente del tercer año de la especialidad de Medicina de
Rehabilitación.**

ASESORES

**Dra. Ma. Elena Canales Sánchez
Jefe del Servicio de Terapias de la UMFRSXXI**

**Dr. David Escobar.
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMFRC.**

**Dra. Beatriz González Carmona.
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud UMFRSXXI.**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN SUR**

HOJA DE AUTORIZACIÓN

Dr. Mario Izaguirre Hernández.
Director de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI

Dra. Maria Teresa Rojas Jiménez.
Subdirectora Médica de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI.

Dra. Beatriz González Carmona.
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI

Numero de Registro del Comité local:
2006-3704-03

HOJA DE AUTORIZACION DE ASESORES

Dra. Ma. Elena Canales Sánchez
Jefe del Servicio de Terapias de la UMFRSXXI

Dr. David Escobar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMFRC.

Dra. Beatriz González Carmona
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de
Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme el Don de la vida, por ser mi guía e iluminar cada paso de mi vida.

A mis Padres, Elvira y Mario por su ejemplo de vida, esfuerzo, trabajo, por enseñarme a luchar, a seguir adelante y a conocer el verdadero valor de la vida.

A mi hermano Jesús Martín por regalarme su sonrisa, alegría, enseñarme a descubrir la sencillez de la vida y por ser siempre mi motivación.

A mis sobrinos Camilla y Diego por llegar a iluminar nuestras vidas y ser el impulso de mi vida.

A mi hermano Mario, mi cuñada Solenn, ser mi ejemplo a seguir, por hacerme sentir siempre en su compañía y enseñarme que en la vida no hay fronteras.

A toda mi familia por siempre impulsarme a seguir adelante y estar ahí en todos los momentos de mi vida.

A mis amigas Jessica, Mónica, Lupita, Tere, Nancy, Nelly y Susy por compartir su vida conmigo y por su ayuda incondicional en todo momento.

A todos mis compañeros residentes por brindarme su compañía, conocimientos pero sobretodo su amistad y buen humor ayudándome a superar los momentos difíciles.

A todos los Médicos, en especial Dra. Bety, Dr. Escobar y Dra. Canales, Terapistas físicos, ocupacionales y de lenguaje que me ayudaron en la realización de este trabajo de investigación.

A todo el personal de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Unidad Sur y Centro, por sus enseñanzas y finas atenciones. Sobretodo a los Médicos de base por invertir tiempo en nuestro aprendizaje.

INDICE

	Página
1. Resumen	1
2. Antecedentes	
2.1. Introducción	2
2.2. Marco Teórico	3
3. Justificación	14
4. Pregunta de investigación	16
5. Objetivos	17
5.1. Objetivo General	
5.2. Objetivos Específicos	
6. Material y Métodos	18
6.1. Tipo estudio	
6.2. Ámbito geográfico	
6.3. Universo de trabajo	
6.4. Criterios de selección	
6.5. Variables	19
6.6. Tamaño de la muestra	24
6.7. Análisis estadístico	
6.8. Descripción del estudio	23
7. Consideraciones éticas	
26	
8. Resultados	27
9. Discusión	47
10. Conclusiones	50
11. Anexos	
11.1. Anexo I	52
11.2. Anexo II	53
11.3. Anexo III	
11.4. Anexo IV	54
11.5. Anexo V	56
11.6. Anexo VI	57
12. Bibliografía	58

RESUMEN

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es la tercera causa de muerte, con una incidencia del 5.16%, después del 1er año más del 50% de los casos presentan un déficit motor, por lo que es importante valorar el impacto en la calidad de vida del paciente. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida del paciente con EVC a través de La escala de calidad de vida específica para ictus (ECVI-38). **Material y Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, de junio a diciembre del 2006, para valorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad vascular cerebral, a través de la aplicación de la escala específica para ictus y la Escala de medición funcional FIM. **Resultados:** se incluyeron 100 pacientes, con 45% del sexo femenino y 55% masculino, con edad promedio de 64.2 ± 12.3 años, el 42% estaban dedicados al hogar. El tipo de evento más común fue el isquémico, con mayor afectación de la arteria cerebral media. En 79% de los casos con Hipertensión Arterial Sistémica. El diagnóstico topográfico más frecuente fue la hemiparesia derecha (40%). En forma global la afectación de la calidad de vida se reportó en un 51.3%, con mayor afectación en los pacientes con hemiplejía. Se encontró una relación significativa donde a menor nivel de independencia, mayor deterioro en la calidad de vida. **Discusión:** Los hallazgos reportados en cuanto al grado de afectación de la calidad de vida, se correlacionan con lo descrito en la literatura donde pacientes con mayor limitación de la movilidad y puntuaciones bajas de la escala de funcionalidad presentan mayor deterioro en la calidad de vida. **Conclusión:** En los dominios sentimiento y/o actividades comunes se observa mayor deterioro en pacientes mayores de 75 años. La escala de calidad de vida específica para ictus mostró ser útil para demostrar el grado de deterioro de la misma. El grado de movilidad y la escala de Independencia funcional FIM se correlacionan en forma directa con la calidad de vida del paciente.

ANTECEDENTES

Introducción

La enfermedad vascular cerebral (EVC) se considera un problema de Salud Pública en México, es una causa importante de muerte y dependencia, en los países industrializados es la tercera causa de muerte, después del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares. La tasa de mortalidad se reporta en un 20-30% durante el primer mes. Su incidencia está en aumento a pesar de los esquemas de control terapéuticos efectivos y bien tolerados.

En México en un estudio realizado en el Hospital General, se han encontrado una incidencia del EVC desde 1988 en 4.42% con un incremento progresivo hasta el 2000 donde se reporta de 5.16%. Se presenta más frecuentemente en el sexo femenino con un 58.2% y 41.8% en sexo masculino. Por grupos de edad, con mayor incidencia de los 51 a los 80 años, con un aumento de esta según la edad. ^(1,2)

De acuerdo al tipo de EVC, se reporta mayor porcentaje de casos de tipo trombótico en un 46.5%, en 35.1 % el hemorrágico, 9% embólico, 8.91% isquémica transitoria y 0.43% trombosis venosa. ⁽¹⁾

En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI se tiene una prevalencia de 448 casos al año y se encuentra dentro de las primeras 15 causas de consulta de Rehabilitación y la 3era. causa de alteración de Lenguaje en la Consulta de Comunicación Humana.

Marco Teórico

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es definida por la OMS, como el síndrome clínico de inicio focal, súbito, con déficit neurológico, que persiste por más de 24 horas o incluso causa la muerte, sin ninguna otra causa específica demostrable, que no sea vascular.⁽³⁾

Según su naturaleza, la enfermedad cerebrovascular se puede presentar como isquemia o como hemorragia, con una frecuencia de 85 y 15% respectivamente. El ataque isquémico transitorio se considera diferente al EVC de tipo isquémico por la duración de sus síntomas, generalmente menos de 24 horas, reversible y no existe déficit neurológico permanente tras su finalización, y su diagnóstico se establece básicamente con la historia clínica del paciente.
(3,4)

Dentro de los factores de riesgo asociados se incluyen:

NO MODIFICABLES:

Edad: se considera el más importante, con un aumento en la incidencia después de los 55 años en ambos sexos.

Sexo: más en hombres que mujeres.

Raza: dos veces más riesgo en americanos y africanos.

Herencia: una historia familiar de EVC en familiares de primer grado, se relaciona con una mayor incidencia.

Clima: en estudios recientes se ha demostrado una mayor mortalidad de ictus en el mes de enero y menor en el mes de septiembre.

MODIFICABLES:

Hipertensión: probablemente el factor mas importante para ambos tipos de EVC, isquémico y hemorrágico, incrementando el factor hasta 7 veces mas.

Cardiopatías: como la falla cardiaca congestiva o enfermedad coronaria incrementado en un 2%, o una enfermedad valvular incrementando dos veces el riesgo para EVC de tipo embolico, con predominio de la fibrilación auricular que aumenta 7 veces mas el riesgo.

Diabetes Mellitus: se asocia a enfermedades arteriales sistémicas en todas sus expresiones, incluyendo el ictus aumentado el riesgo en tres veces mas que la población general.

Altas dosis de estrógenos: sobre todo si se relaciona el uso de anticonceptivos con el consumo de tabaco.

Ataque Isquémico Transitorio: incrementa el riesgo de ictus y de enfermedad coronaria, se considera que precede al infarto aterotrombótico en un 25-30%, infarto cardioembólico en 11-30% y en un 11-30% en infarto lacunar.

Enfermedades sistémicas asociadas con estados de hipercoagulabilidad, como son eritrocitosis, deficiencia de proteína S y C, cáncer.

Hiperlipidemia: se ha reportado disminución del riesgo de EVC con el uso de inhibidores de la HMG-CoA.

Migraña.

Apnea del sueño.

La obesidad y el sedentarismo no ha mostrado tener un aumento en el riesgo de este padecimiento. En estudios recientes, se han reportado además factores como: alcoholismo, obesidad, hemocisteína y las infecciones crónicas (clamydia pneumoniae y enfermedades periodontales).^(4,5,6)

El cuadro clínico esta determinado por la localización y el tamaño de la lesión cerebral, dependiendo del territorio arterial afectado, los síntomas serán distintos:

Arteria cerebral media: déficit sensorial y motor de brazo y cara contralateral, hemianopsia homónima, si es en el hemisferio dominante, afasia global, alteraciones en le lenguaje oral, escrito, expresivo, esterognosia,

apraxia, acalculia, anomia. Si hay afección aislada del territorio profundo se origina solo un déficit motor primario.

Arteria cerebral anterior: en la parte proximal es bien tolerada por la circulación colateral, en la parte distal causa paresia del miembro inferior opuesto, generalmente mas en la parte distal y debilidad proximal del miembro superior, además de apraxia fundamentalmente para la marcha, apatía, trastornos del comportamiento, incontinencia urinaria.

Arteria cerebral posterior: defecto visual homolateral con hemianopsia o cuadrantopsia, dislexia, discalculia, afasia sensorial transcortical. Síndrome cerebeloso, afección ipsilateral de uno o mas nervios craneales, alteraciones de la mirada conjugada.

Arteria vertebrobasilar: vértigo, nistagmo, síndrome bulbar, trastornos visuales. ⁽⁴⁾

El diagnóstico se establece primeramente de acuerdo a los datos clínicos, el cual es importante pues el EVC se considera una urgencia médica. Posteriormente sabemos que sin un estudio de imagen no es posible establecer el diagnóstico preciso entre hemorragia e isquemia, por lo cual es útil diferenciarlo.

Para el estudio de los procesos hemorrágicos se considera como estudio ideal la tomografía axial computarizada, la cual es útil desde la primera semana del inicio del EVC. El estudio de Resonancia Magnética Nuclear, puede no identificarnos en las primeras horas el proceso hemorrágico, por lo que se considera útil sólo después de la primera semana de la lesión. En cambio para el diagnóstico de lesiones isquemias, se considera de mayor utilidad el estudio de resonancia magnética, donde las lesiones infartadas, aún pequeñas, pueden demostrarse en las primeras horas, sin embargo es más efectivo el hallazgo isquémico dentro de la primera semana, mientras que en el estudio de tomografía se considera que en un 50% no se demuestran los hallazgos del infarto. ⁽³⁾

El manejo del paciente con enfermedad vascular cerebral incluye: atención de problemas cardíacos, pulmonares, manejo de líquidos y electrolitos, mantenimiento metabólico y el control de la presión arterial, enfermedades sistémicas asociadas, así como prevención de flebitis y úlceras por decúbito. ⁽¹⁾

En cuanto al tratamiento de los pacientes, en diversos estudios se han recomendado los medicamentos de elección en la fase aguda, dentro de los cuales se señala el uso de la aspirina una vez excluido el diagnóstico de hemorragia intracraneal, en una dosis de 160-300mg, posteriormente se recomienda el uso diario de una dosis de 75-150mg. En caso de manejarse con trombolisis, el uso de aspirina se retrasa 24hrs. Se recomienda en pacientes con alto riesgo de trombosis venosa profunda, dosis bajas de heparina subcutánea así como el uso de medias compresivas en miembros pélvicos. ⁽³⁾.

La trombolisis con el uso de factor activador de plasminógeno, aumenta la sobrevivencia de los pacientes, mejorando la posibilidad de discapacidad, los pacientes deben ser seleccionados y ser manejados en las primeras 3 horas de inicio de los síntomas, aunque el tratamiento se asocia en 1 de cada 20 con un desenlace fatal por hemorragia intracraneal.

Los inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa pueden ser útiles en el tratamiento de EVC de tipo isquémico así como en lesiones producidas como complicación por procedimientos endovasculares en la circulación cerebral o coronaria, sin embargo en algunos estudios no se considera su uso de forma rutinaria. Los agentes depletadores del fibrinógeno, son provisores, pero aún su beneficio está por estudiarse. A pesar de la gran cantidad de componentes recomendados para la neuroprotección, algunos parecen ser útiles, pero ninguno ha ganado licencia de su uso.

En la hemorragia intracraneal, el tratamiento es la urgente remoción del coágulo, particularmente si se localiza en cerebelo, sin embargo los criterios quirúrgicos varían en cada unidad de manejo. ⁽³⁾.

El tratamiento rehabilitatorio es el proceso interdisciplinario que permite la mejoría funcional y previene las complicaciones, el sustrato de este es la recuperación espontánea: resolución del edema, reabsorción de toxinas, mejoría de la circulación local, recuperación de neuronas parcialmente dañadas, la neuroplasticidad, la cual se refiere a la capacidad del sistema nervioso en

modificar su organización estructural y funcional, estos procesos permiten la evolutividad en los 3 a 6 meses posterior al EVC.⁽⁷⁾

En cuanto al tratamiento rehabilitatorio de los pacientes que cursaron con EVC y presentaron hemiplejía, es crucial la predicción de la recuperación funcional, lo cual nos permitirá facilitar las metas del tratamiento para cada paciente, por lo tanto, nos mejora la eficacia del tratamiento rehabilitador. Se han utilizado como tales: los datos demográficos, sintomatología, hallazgos clínicos, valores del laboratorio, estudios de imagen y grado de discapacidad.⁽⁸⁾

Se considera que después del 1er año, en más del 50% de los casos existe un déficit motor, y entre el 30 y 35% hay un déficit cognitivo, en menor porcentaje se encuentran las alteraciones del lenguaje, deglución, trastornos sensitivos, alteraciones de la marcha y trastornos de los esfínteres.^{(1,3).}

Actualmente sigue siendo difícil tras la primera valoración del paciente, determinar cual será su evolución, por lo que en estudios se ha intentado determinar los posibles factores pronósticos, se han considerado: la edad, el vivir solo, el grado de independencia previo al padecimiento, la fuerza del miembro torácico, la capacidad de deambulación y el componente verbal en la escala Glasgow. Se ha reportado que el déficit neurológico en la fase aguda es el factor predictor del grado de independencia.^{(1,3,9,10).}

Las secuelas mas frecuentes después de un EVC incluyen limitaciones en la función motora, déficits sensoriales y cognitivos, alteraciones de la visión, el lenguaje e inestabilidad del humor, por lo que se considera importante conocer el impacto de la enfermedad y sus secuelas en la capacidad funcional, estilo de vida y calidad de vida del individuo.⁽¹¹⁾

La calidad de vida se ha definido como el valor asignado a la duración de la vida, que es modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad.

Se considera que la calidad de vida es un valor individual, dependiente de la propia percepción del paciente (incluyendo su experiencia personal, creencias, expectativas personales y todas las percepciones subjetivas del individuo), así como de su entorno, por lo cual se considera que personas con el mismo estado objetivo de salud, pueden tener calidad de vida muy diferente.

La calidad de vida ha sido medida en diferentes aspectos como son el bienestar físico y psicosocial, el grado de satisfacción del paciente y la familia, por lo cual se han considerado cuatro las dimensiones importantes a valorar en cuanto a la calidad de vida, incluyendo: física, funcional, psicológica y social. La medición de ésta se realiza a través de cuestionarios o escalas, con los cuales se puede obtener distintos tipos de información, estos pueden ser cualitativos o cuantitativos, pero nos permiten la evaluación descriptiva, predicativa y evaluativa de un individuo o grupos de individuos. ^(12,13)

Una de las metas principales de los cuidados o intervenciones en salud es el mantenimiento o aumento de la calidad de vida de los pacientes, en este caso especial en pacientes que sufrieron un ictus, por lo que el concepto de calidad de vida como antes se mencionó incluye diversos factores, como las experiencias de vida, la diversidad social y cultural, lo cual impacta de manera considerable en la evaluación de la calidad de vida.

La calidad de vida en pacientes con EVC, específicamente involucra alteraciones en las mediciones físicas y funcionales, influyendo en sus actividades de la vida diaria, por lo tanto se debe considerar los aspectos o dominios, como son: físico, funcional, social y psicológico.

El dominio físico se refiere a la presencia de enfermedades concomitantes, síntomas relacionados con su tratamiento, en la población adulto mayor incluye: mareo, disminución de la energía, fatiga, incontinencia, alteraciones visuales o auditivas, y específicamente en pacientes con EVC, las parálisis, alteraciones de la coordinación y disfasia.

El dominio de la funcionalidad incluye su participación en las actividades así como la satisfacción por las mismas, además se incluyen las actividades básicas de la vida diaria como el vestido, cuidado personal, alimentación, movilidad, transferencias, y actividades de la vida diaria instrumentales refiriéndose a actividades más complejas que requieren su propio cuidado.⁽¹⁴⁾

Además es importante recomendar en los adultos mayores las actividades del tiempo libre, que se considera una actitud mental o espiritual que no incluye actividades recreativas de fin de semana o vacaciones, estas actividades juegan un papel muy importante en las personas mayores por sustituir sus roles de trabajos previos. Aunque sabemos que la sexualidad es una alteración común en los pacientes con EVC, su uso en las escalas de calidad de vida es controversial.

En lo referente al dominio psicológico, se deben considerar emociones como la ansiedad, depresión los cuales son comunes en pacientes con EVC y se manifiestan con síntomas somáticos como fatiga, falta de apetito, trastornos del sueño, sentimientos de invalidez, o carga para la familia. Se sabe que la depresión se presenta en un 20 a 63% de los pacientes con EVC dentro de los 6 meses a 2 años posterior a presentar el mismo. La ansiedad frecuente coexiste con la depresión, sus causas incluyen la incertidumbre de su recuperación, temor a la emergencia médica, temor de tener un nuevo evento vascular cerebral, sentimiento de minusvalía, necesidad de atención.

Por último el dominio social, debe incluir la interacción social con otras personas dentro y fuera de casa, incluyendo actividades dentro de la comunidad, además de elementos financieros como son habitación y financiamiento, lo cual en diversos estudios se considera fuertemente relacionado con sensación de minusvalía y pobre calidad de vida.⁽¹⁴⁾

La calidad de vida es un resultado importante que valorar, por el aumento en el número de pacientes que sobreviven a un EVC y que ameritan rehabilitación, y demandando un tiempo prolongado de cuidados. Por lo que predecir estos resultados es esencial para la toma de decisiones o medidas a

tomar en un centro de rehabilitación para obtener resultados más efectivos y maximizar la calidad de vida de pacientes.

En este estudio se reporta que el más fuerte predictor fue su capacidad funcional dentro de los tres primeros meses, seguido de la autoestima, y la satisfacción del paciente en cuanto al apoyo social, mientras en otros la depresión se ha considerado el único factor determinante en la calidad de vida, pues aunque los pacientes se perciban con un deterioro funcional, logra adaptarse a su nueva vida en aproximadamente 1 año posterior a su EVC. (15,16)

En otros estudios se ha intentado demostrar una relación con el estado del paciente previo al EVC, no encontrando ninguna respecto a su percepción de calidad de vida, apoyo social, acontecimientos estresantes previos, a excepción de los trastornos del sueño, por lo que se considera que la calidad de vida percibida posterior al EVC son producto de la propia enfermedad. (17)

Un estudio realizado en pacientes con EVC, atendidos en una clínica de rehabilitación recientemente, reporta que la funcionalidad fue el dominio que resultados más bajos asociándose significativamente con la presencia de depresión, en un 30% de los pacientes. Por lo que los factores asociados con mas bajo nivel de calidad de vida son la depresión, grado de funcionalidad menor y mas severidad de la parálisis. (18)

La evaluación de la calidad de vida se ha vuelto un tema cada vez más común en los pacientes con EVC, por lo que diversas escalas han surgido con dicho objetivo, como son la escala de Niemi, escala adaptada para EVC SA-SIP30 y el índice de calidad de vida de Ferrans y Powers. Por lo cual es de importancia tener la precaución de seleccionar el instrumento más adecuado para utilizar, de acuerdo a las metas específicas de cada estudio en particular.

Actualmente se han considerado escalas específicas para evaluar la calidad de vida de acuerdo a las diferentes patologías, en este caso de pacientes con EVC se considera difícil realizar dicha evaluación, dado la heterogeneidad de

síntomas y déficits funcionales, así como de las secuelas psicológicas y sociales que presenta cada paciente.^(19,20)

El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud promete el acercamiento en la relación medico-paciente, que permita un nuevo marco de referencia de los pacientes hacia los médicos, y les permita a estos últimos juzgar la efectividad de su tratamiento.⁽²¹⁾

La investigación de la calidad de vida en pacientes con EVC además de ser útil para valorar la eficacia de las intervenciones terapéuticas, debe ser medida en términos de incapacidad y supervivencia. Por lo tanto para la elección de la escala debemos considerar además de los aspectos básicos a evaluar como son el dominio físico, funcional, psicológico y social, se incluyan aspectos la memoria, comunicación, pensamiento, emociones y la función social.⁽²²⁾

Dada la diversidad de escalas para la evaluación de la calidad de vida y con el fin de resolver las limitaciones metodológicas y conceptuales existentes de las mismas, surge la escala de calidad de vida para el ictus(EVCI), con el objeto de medir todo el espectro de resultados derivados del ictus, desde la deficiencia hasta la minusvalía, este instrumento se realiza basándose en el modelo la “ Internacional Classification of Impairment, Disability and Handicaps” de la OMS.

Además surge de la opinión de los cuidadores y familiares de los pacientes con ictus, y por supuesto de expertos en el manejo de los mismos, como médicos neurólogos, rehabilitadores, etc.

Esta escala incluye 38 ítems agrupados en 8 dominios, que incluyen:

- Problemas físicos.
- Comunicación.
- Cognición.
- Emociones.
- Sentimientos.

- Actividades básicas de la vida.
- Actividades comunes de la vida.
- Funciones familiares.

Considerando entre cinco posibilidades como escalamiento para las respuestas, donde el 1 se considera como ausencia de la afección del aspecto evaluado y 5 representa una situación extrema de la misma. Los valores psicometricos de la escala incluyen una confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.94 y una reproducibilidad adecuada, 0.92.⁽²³⁾

Posteriormente en un estudio realizado con la finalidad de la validar el instrumento (EVCI-38), se correlacionaron los datos obtenidos, con otras escalas, no encontrando diferencias en las puntuaciones de los mismos. Reportando como datos importantes que en los primeros 6 meses posteriores al ictus, independientemente de la mejoría del estado clínico del paciente, se reporta un decremento en las mediciones de discapacidad física y mental.

Además de considerarse como la primera escala en ictus de habla hispana esta se encontró como una medida aceptable, fiable y valida para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes que cursaron con un evento de ictus.⁽²⁴⁾

Por otro lado, diversas mediciones de funcionalidad han tomado importancia cada vez mayor en los pacientes con EVC. Dentro de los más usados se encuentra el índice de Barthel y la medición de la independencia funcional (FIM). El FIM fue desarrollado a partir del índice de Barthel, con la finalidad de incluir una evaluación más completa y mejorada, y poderla considerar como un instrumento de consenso nacional, por lo que en diversos estudios se ha observado que dicha medición es usada preferentemente en los países de Norteamérica.⁽²⁵⁾

La medición del FIM, consiste en 13 ítems, los cuales incluye: comer, baño, aseo personal, vestido de la parte superior, vestido de la parte inferior, control de esfínteres, transferencias de cama/silla de ruedas, traslado al baño,

movilidad en silla de ruedas, uso de escaleras. Cada ítem es evaluado en una escala del 1 al 7, donde el 1 indica asistencia completa, el 7 indica independencia total. ⁽²⁶⁾

JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad Vascul ar Cerebral es un padecimiento muy frecuente y se considera un problema de Salud Pública, donde en la mayoría de los casos el paciente sobrevive presentando secuelas importantes que lo limitan en sus actividades de la vida diaria. Por lo cual se considera que es una de las principales causas de discapacidad dentro de las enfermedades neurológicas.

La Enfermedad Vascul ar Cerebral, en etapas agudas se considera una urgencia médica, sin embargo posteriormente en la evolución clínica y recuperación de los pacientes es importante incluir el tratamiento rehabilitatorio para la más pronta integración de los mismos a sus actividades previas, para minimizar la discapacidad y de esta manera mejorar su calidad de vida.

Sabemos que el paciente que sufre un episodio de Enfermedad Vascul ar cerebral, presenta de manera súbita, serias limitaciones en sus actividades de la vida diaria, pueden ser motoras, sensitivas, emocionales, del lenguaje, funcionales y de su rol social, que causan un gran desequilibrio tanto para el paciente como para sus familiares, originando cambios en la vida del paciente que se verá afectado en sus actividades de la vida diaria, así como cambios en su entorno social.

El proceso de recuperación física del paciente mediante la terapia de rehabilitación, tiene como objetivo hacerlo menos dependiente en sus actividades, lograr que pueda valerse por sí mismo y pueda de la mejor manera reintegrarse a sus actividades habituales, recuperando seguridad y autoestima.

Por lo cual es importante que tengamos una evaluación objetiva de las reacciones del paciente ante su enfermedad, conocer las principales deficiencias en la funcionalidad y estado psicosocial del paciente, y además evaluar la eficacia de nuestra intervención terapéutica rehabilitatoria, y posteriormente poder enfocar nuestro tratamiento integral a los dominios de la calidad de vida, de mayor afección en nuestra población en particular.

La medición de la calidad de vida depende de cada estudio en particular, por lo que es importante contar con un estudio representativo de nuestra población de pacientes, y que esto nos permita conocer la principal problemática que se presenta en el paciente y su entorno, ya que sin la evaluación de la calidad de vida, se puede considerar un tratamiento como exitoso, a pesar del pobre funcionamiento psicosocial o de adaptación a la enfermedad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- a) ¿Es posible conocer el comportamiento de las variables que inciden en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad vascular cerebral que acuden a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación SXXI a través de la aplicación de la escala de Calidad de Vida Específica de EVC (EVCI-38) y la Escala de Medición de Funcionalidad (FIM)?

- b) ¿Cuáles son los principales componentes de la calidad de vida afectados en los pacientes con enfermedad vascular cerebral que acuden a la UMFRSXXI?

- c) ¿Existe asociación significativa entre los factores de riesgo y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad vascular cerebral en la UMFRSXXI ?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el comportamiento de los diferentes aspectos de las variables que inciden en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad vascular cerebral que se presentan en la UFRSSXXI a través de la aplicación de escalas para la evaluación del aspecto funcional físico, cognitivo, emocional y social.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Realizar la aplicación de la escala de calidad de vida específica para EVC (EVCI-38) y la escala de medición de funcionalidad FIM, para analizar los aspectos de función física, cognitiva emocional y social.
- b) Describir los factores de riesgo que están interfiriendo en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de ingreso enfermedad vascular cerebral.
- c) Describir la correlación entre la edad del paciente, sexo, diagnóstico topográfico y grado de independencia funcional con la evaluación de la calidad de vida.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: descriptivo, observacional, transversal.

Ámbito geográfico

Población mexicana, adulto mayor, residente del Distrito Federal o Estado de México.

Universo de trabajo:

Pacientes atendidos en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación SXXI, con diagnóstico de EVC, que cumplan con los criterios de selección.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- 1.1. Pacientes de cualquier género.
- 1.2. Pacientes con edad comprendida entre 30 y más años.
- 1.3. Pacientes con enfermedad vascular cerebral de cualquier tipo (hemorrágico, isquémico).
- 1.4. Pacientes derechohabientes del IMSS.
- 1.5. Pacientes que deseen participar en el estudio y acepten firmar carta de consentimiento informado

Criterios de no inclusión

1. Pacientes con EVC previa.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que por alguna situación intercurrente decidan retirarse del estudio.

Variables en estudio

- Edad: Cuantitativa, continua.
- Sexo: Cualitativa dicotómica.

- Estado civil: Cualitativa, nominal.
- Actividad laboral: Cualitativa, nominal.
- Deportes: Cualitativa dicotómica.
- Actividad recreativa: Cualitativa dicotómica.
- Tratamiento rehabilitatorio: Cualitativa dicotómica.
- Tratamiento medico: Cualitativa dicotómica.
- Tratamiento otra especialidad: cualitativa, dicotómica.
- Tipo de enfermedad vascular cerebral: Cualitativa, Nominal.
- Sitio de la lesión: Cualitativa, Nominal.
- Escala de Brunstrom: cualitativa, ordinal.
- Escala de Asworth: cualitativa, ordinal.
- Topografía: cualitativa, nominal.
- Dominancia: cualitativa, dicotómica.
- Enfermedades concomitantes: Cualitativa, Nominal

Escalas de funcionalidad calidad de vida

- Escala de calidad de vida específica para enfermedad vascular cerebral (EVCI-38): cualitativa, ordinal.
- Escala de funcionalidad FIM: cualitativa, ordinal y dicotómica.

Definición conceptual y operacional de las variables.

- **Edad:**
Conceptual: se considera al tiempo transcurrido desde el nacimiento, periodo de la vida.
Ocupacional: cualquier edad desde los 30 a los 100 años, reportando la edad expresada por el paciente.
- **Sexo:**
Conceptual: condición orgánica de ser femenino o masculino, determinada genotípicamente.
Operacional: femenino o masculino, de acuerdo a las características fenotípicas del paciente.
- **Estado civil:**
Conceptual: condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.
Operacional: se considerara los datos: soltero, unión libre, casado, viudo, divorciado, de acuerdo a lo expresado por el paciente.
- **Actividad laboral:**
conceptual: actividad relacionada con el trabajo, obrar con algún designio.
operacional: se considerarán como: estudiante, ama de casa, empleado, desempleado, pensionado o jubilado.
- **Deportes:**
Conceptual: práctica metódica de ejercicios físicos.
Operacional: sólo se considerarán como respuesta afirmativa o negativa, de acuerdo al cumplimiento de las características de ser una actividad realizada por lo menos tres veces por semana, por lo menos durante 20 minutos, de mínimo 1 año de anterioridad.

- Actividad recreativa.
Conceptual: actividad que recrea o entretiene, alegra o deleita, provocando una sensación agradable.
Operacional: se considerara como afirmativa o negativa, siendo una actividad no considerada como laboral, sin incluir adquisición económica o retribución por su realización.
- Tratamiento rehabilitatorio
Conceptual: tratamiento otorgado con la finalidad de restablecer a una persona en sus derechos, capacidades, situación jurídica de las que desposeída.
Operacional: sólo se considerará como afirmativo o negativo de acuerdo a si recibió manejo en la unidad o el tratamiento fue enseñado y realizado por familiares dentro del programa de casa.
- Tratamiento médico
Conceptual: tratamiento indicado por personal de salud autorizado, que incluye el empleo de medicamentos con un terapéutico determinado.
Operacional: sólo se considerará como afirmativo o negativo, de acuerdo a la ingesta de al menos un medicamento para cualquier padecimiento que no incluya la patología del EVC.
- Tratamiento otra especialidad.
Conceptual: tratamiento otorgado por un médico especialista, considerándose como persona que se dedica a una parte de la ciencia o arte, con un fin determinado.
Operacional: se considerará como afirmativo o negativo de acuerdo a si el paciente refiere valoración o cita pendiente con otra especialidad diferente a la rehabilitación, para el control del padecimiento actual o de cualquier enfermedad agregada que afecta la evolución del padecimiento actual, como endocrinólogo, internista, cardiólogo, neurólogo, traumatólogo, etc.
-

- Tipo de enfermedad vascular cerebral
Conceptual: de acuerdo a la naturaleza de la lesión se puede dividir en dos grandes grupos: hemorrágico e isquémico
Operacional: se incluyen isquémico (el cual se subdivide en trombótico, embólico y lacunar) y hemorrágico (el cual incluye intracerebral y subaracnoideo, lo cual obtendrá según los datos de la TAC reportados en el expediente.
- Sitio de la lesión:
Conceptual: se refiere al territorio vascular afectado por el proceso.
Operacional: se considera como territorio de la arteria cerebral media derecha, cerebral media izquierda, arteria cerebral anterior, y arteria cerebral posterior, de acuerdo a lo reportado en el expediente del paciente, según los estudios de TAC.
- Escala de Asworth
Conceptual: escala de evaluación de la espasticidad.
Operacional: se utilizó la escala de Asworth, la medición es de 0 el tono normal a 4 con el mayor grado de espasticidad.
- Escala de Brunnstrom
Conceptual: describe en forma cualitativa los estadios de recuperación motora después de un EVC.
Operacional: incluye del grado 1 con la etapa de flacidez sin movimientos, a el grado 6 donde se presenta la recuperación total del movimiento.
- Topografía:
Conceptual: se refiera a la extremidad o extremidades mas afectadas, de acuerdo al sitio de la lesión.
Operacional: se considera como afección del hemiparesia o hemiplejia derecha / izquierda, paresia o parálisis facial derecha / izquierda,

monoparesia o monoplejia, de acuerdo a lo reportado en el expediente del paciente.

- Dominancia:

Conceptual: se refiere a una característica sobresaliente o dominante, tener el control sobre algo, en ese caso la dominancia de la mano.

Operacional: se considerara como derecha e izquierda, según lo referido por el paciente.

- Enfermedades concomitantes:

Conceptual: enfermedades que también padece el paciente en el momento en que presenta su padecimiento actual.

Operacional: se considerara como presencia de otros padecimientos relacionados como factores de riesgo para el padecimiento actual: Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial, Hiperlipidemia, neoplasias, enfermedades autoinmunes.

Escalas de calidad de vida

- Escala de calidad de vida para ictus (EVCI-38)

Conceptual: instrumento aplicable por un entrevistador, el cual incluye 38 elementos agrupados en 8 dominios: estado físico, comunicación, cognición, emociones, sentimientos, actividades básicas de la vida diaria, actividades comunes de la vida diaria, funciones familiares, adicionando función sexual y laboral, además de ser aceptable, viable y válida para su aplicación en pacientes con ictus.

Operacional: se utilizará la escala convencional, incluyendo los 8 dominios y una pregunta adicional respecto a la recuperación funcional, el puntaje final de cada dominio se obtiene con la formula: $(\text{media} - 1 / 5 - 1) \times 100$ y la puntuación total se obtiene del promedio de la puntuación de los dominios.

- Escala de FIM

Conceptual: es la escala de valoración funcional utilizada para pacientes con problemas neurológicos, que incluye aspectos como cuidado personal, control de esfínteres, movilidad en traslados, transferencias, comunicación, social, motilidad, clasificando los resultados como independiente, dependiente parcial o total.

Operacional: se considerará la escala convencional del FIM utilizada para pacientes neurológicos, el puntaje final de cada dominio se obtiene del promedio y se correlaciona con los niveles de asistencia definidos por la propia escala.

Tamaño de muestra

Esta se calculó, de acuerdo a la prevalencia de la enfermedad en la Unidad, con un nivel de significancia de 0.05.

Muestra: 100 pacientes

Análisis estadístico.

Se realizó estadística descriptiva e inferencial de acuerdo a las variables propuestas. Se elaboro formato específico, para la historia clínica de los pacientes, posteriormente se formuló la base de datos a través del paquete estadístico SPSS versión 11. Se utilizaron las pruebas T de muestras independientes, ANOVA y la prueba de Spearman.

Descripción del estudio.

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo de tiempo comprendido de junio a diciembre del 2006.

Se obtuvieron todos los pacientes que asistieron a esta Unidad de acuerdo a los criterios de selección, con diagnóstico de Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) de cualquier etiología (trombótico, isquémico, embólico,

neoplásico) a través de un muestreo no probabilístico de casos consecutivos que asistieron a la Consulta Externa de Rehabilitación; solicitando ser enviados por los médicos de Rehabilitación para la aplicación de los cuestionarios al consultorio que se designó para el estudio; señalando día y fecha para la consulta de cada paciente manejando un carnet provisional durante el estudio que estuvo a cargo del médico residente de 3er año.

Se inició la valoración clínica del paciente con los datos demográficos y descripción de su padecimiento actual. Se elaboraron base de datos en el programa estadístico SPSS 11., posteriormente se aplicaron: la escala de calidad de vida específica de EVC (EVCI-38) y la escala FIM.

CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES DEL ESTUDIO

De acuerdo al informe Belmont , presentado por el comisión nacional para la protección de seres humanos en la investigación biomédica y conductual, el cual data de 1978, se consideran como principios fundamentales para la realización ética de investigación en los seres humanos , el respeto por las personas, el principio de la beneficencia y justicia.

En general se considera que si hay un elemento de investigación en una actividad, esta debe someterse a inspección como protección de los sujetos humanos.

El principio del respeto, involucra que las personas deben ser tratadas como sujetos autónomos y personas con esa autonomía disminuida tiene derecho a ser protegidas.

El principio de la beneficencia involucra en sentido de obligación, no hacer daño y aumentar al máximo los beneficios y disminuir los danos posibles.

El principio de la justicia se refiere al otorgar un beneficio al cual tiene derecho cada persona, el cual se considera de forma individual de acuerdo a su esfuerzo, contribución social y mérito individual.

Considerando los datos antes mencionados, este estudio se basa en dichos principios y se incluye el uso de la carta de consentimiento informado con tal motivo para estos fines.

RESULTADOS

En el presente trabajo de investigación se estudiaron a 100 pacientes con secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) que reunieron los criterios de selección; la muestra estuvo constituida por 45% de pacientes del sexo femenino y 55% por pacientes del sexo masculino. **Gráfica 1**

Con respecto a la edad se obtuvo un valor promedio de 64.2 ± 12.3 años (35-89).

Características sociodemográficas

Se investigó el estado civil de cada uno de los participantes en el estudio, obteniéndose la mayor frecuencia para los casados con 64% de los pacientes, seguido por 26% en estado de viudez. **Gráfica 2**

Dado que el padecimiento de fondo ocasiona limitación funcional importante, sobretodo en la etapa aguda, se investigó acerca del apoyo familiar encontrando que en el 58% de los casos el familiar acompañante es el esposo(a), siendo otro tipo de familiares en diferente grado, el apoyo para el resto de los pacientes. **Gráfica 3**

Con respecto al nivel de escolaridad se identificó que en 28% el nivel alcanzado fue primaria incompleta, seguido del nivel de primaria terminada en 27%, otros grados de escolaridad fueron reportados con menor frecuencia. **Gráfica 4**

En relación al aspecto laboral el mayor porcentaje (79%) fueron pacientes que ya no realizaban ninguna actividad laboral, ya que el 42% estaban dedicados a labores del hogar, seguidos por 29% los cuales eran pacientes jubilados. **Gráfica 5**

Debido a las características de la enfermedad en la cual el sedentarismo forma parte de los factores de riesgo, investigamos acerca de la práctica de algún tipo de actividad física, obteniendo que 69% de los pacientes estudiados no realizaban ningún tipo de actividad, en tanto que el restante 31% realizaba diferentes tipos de actividad física. **Tabla 1**

Y con respecto a la práctica de alguna otra actividad con fines recreativos solamente el 34% refirió realizar algún tipo de éstas. **Tabla 2**

Características del padecimiento

Como se mencionó al inicio de este apartado todos los pacientes cursaban con secuelas de EVC, siendo el evento isquémico el más frecuente, ocurrido en el 62% de los pacientes, seguido en orden de frecuencia por el evento hemorrágico. **Gráfica 6**

Con respecto al sitio anatómico de lesión, se reportó con mayor frecuencia la afección de la arteria cerebral media con 46% para la izquierda y 37% para la derecha, este hallazgo se documentó mediante el estudio de TAC la cual se realizó en el 86% de los casos. **Gráfica 7**

Se registró un tiempo promedio de evolución del EVC de 6 ± 4 meses(1-24).

Se llevó a cabo un interrogatorio dirigido para definir la presencia de enfermedades concomitantes, obteniéndose que en el 79% estuvo presente la Hipertensión Arterial Sistémica, ya se a en forma aislada o bien combinada con otras patologías. **Gráfica 8**

Acorde con los resultados anteriormente obtenidos encontramos que el 85% de los pacientes estudiados ingerían 1 o más medicamentos en forma rutinaria, llegando incluso a la polifarmacia. **Gráfica 9**

De acuerdo a la frecuencia de las enfermedades concomitantes los medicamentos antihipertensivos solos o en diferentes combinaciones fueron el elemento mas frecuentemente utilizado en aproximadamente el 79% de los participantes. **Tabla 3**

Todos los pacientes de la muestra ingresaron a la Unidad de Rehabilitación donde se les prescribieron diferentes modalidades de Terapia Física (TF), Terapia ocupacional (TO) y Terapia de Lenguaje (TL), de acuerdo a su estado funcional, y solamente 12% recibió únicamente enseñanza de un programa de rehabilitación, canalizándose posteriormente a su domicilio. **Gráfica 10**

El tiempo promedio de estancia en la Unidad de Rehabilitación fue 2.6 ± 1.9 meses, (algunos con estancias prolongadas llegando incluso a los 9 meses).

Dadas las características del paciente, con secuelas del EVC y enfermedades concomitantes, el 31% de los pacientes se encontraban en control por otras especialidades. **Gráfica 11**

Durante la estancia en rehabilitación se integro un Diagnóstico topográfico siendo la variedad más frecuente la de hemiparesia derecha en el 40% de los casos, seguido de la afección en hemicuerpo izquierdo en 22%, otras variedades incluyen la hemiplejia. **Gráfica 12**

De acuerdo a la dominancia se registro que el 96% de los pacientes eran diestros.

Entre las áreas afectadas se encontraba también el área del lenguaje con una frecuencia del 28%, encontrándose como las frecuentes la Afasia Mixta, Afasia Motora y Disfasia motora. **Gráfica 13**

Características Clínicas

De acuerdo a la exploración física se detectó un incremento en el tono del hemicuerpo afectado hasta en el 93% de los pacientes, oscilando del 0 al 4 en la Escala de Asworth. **Tabla 4**

También se valoró la etapa del padecimiento en que se encontraban los pacientes al momento del estudio, esto se llevo a cabo mediante la Escala de Brunstrom, se documentó un estado funcional aceptable en solo 8% de los pacientes, registrándose diferentes etapas en porcentajes muy similares. **Tabla 5**

Se aplicó la Escala de Independencia Funcional (FIM) para identificar el nivel de independencia en los pacientes con secuelas de EVC, obteniendo resultados muy similares para el nivel de independencia modificada y de asistencia moderada con 23% y 22% respectivamente. **Grafica 14**

Para la evaluación de la Calidad de Vida del paciente con EVC, (ECVI-38). El análisis se realizó evaluando cada uno de los dominios (8) que conforman la escala, los resultados se traducen de acuerdo al porcentaje obtenido para cada dominio tomando como referencia una calidad de vida optima equivalente al 100%, de esta manera obtuvimos a los siguientes resultados.

Para el componente número 1 (Estado físico) obtuvimos un déficit en la calidad de vida del 55.4 ± 20.0 %. En el componente numero 2 (Comunicación) la perdida de la calidad de vida fue equivalente a 35.3 ± 31.3 %. Con respecto al tercer componente (Cognición) registramos la menor perdida, 25.1 ± 24.8 %. En

el componente número 4 (Emociones) se obtuvo una pérdida de la calidad de vida del $53.5 \pm 22.7 \%$, respecto al componente número 5 (Sentimientos) el déficit fue del $44.4 \pm 25.6 \%$. El componente número 6 (Actividades Básicas de la vida diaria) presentó una pérdida del $57.5 \pm 27.7\%$. Respecto al componente número 7 (Actividades comunes de la vida diaria) se registro la mayor pérdida en el nivel de calidad de vida con un $77.8 \pm 30.9 \%$, y finalmente para el componente número 8 (Función familiar) se obtuvo una pérdida del $67.1\% \pm 21.9\%$. El análisis global de la escala considerando a la totalidad de los componentes arroja una pérdida en el nivel de calidad de vida del $51.3 \pm 17.3 \%$.

Gráfica 15

Algunos reportes mencionan que la calidad de vida se ve afectada en muchos procesos patológicos en mayor grado para el sexo femenino, por lo cual se procedió a realizar un análisis comparativo entre pacientes del sexo femenino y masculino, obteniendo efectivamente un mayor deterioro en la calidad de vida para pacientes del sexo femenino, siendo mas notorio para los componentes 1,7 y 8; y obviamente para la escala en forma general, aún cuando esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p > 0.05$), mediante la prueba T de muestras independientes. **Tabla 6, Gráfica 16.**

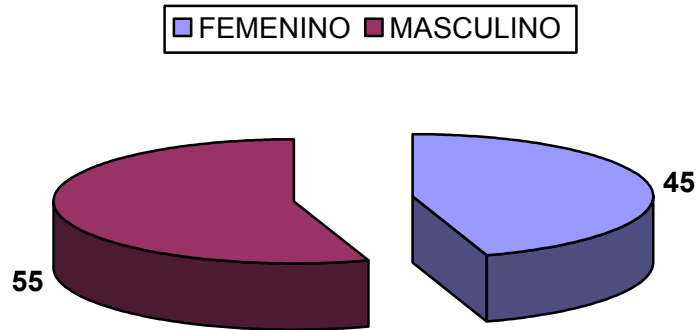
De la misma manera se realizó un análisis comparativo entre la calidad de vida y la edad de los pacientes, para lo cual se recodificó la edad en 6 estratos agrupándolos por décadas, los hallazgos reportan solamente una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en los componentes 5 y 7 con mayor deterioro en la calidad de vida para los grupos de edad de 75 – 84 años y 85 años y más, respectivamente, mientras en el análisis global el deterioro en la calidad de vida es mayor para el grupo de 75 – 84 años. Se uso para el análisis la prueba ANOVA. **Tabla 7.**

El estado físico con respecto a la pérdida o no del movimiento en el hemicuerpo afectado puede relacionarse con el nivel de calidad de vida en el

paciente con EVC, por lo cual se efectuó el análisis considerando dos grupos de pacientes, los portadores de hemiplejia y los portadores de hemiparesia (indistintamente del hemicuerpo afectado), los resultados nos muestran un mayor deterioro en la calidad de vida en todos los componentes (excepto el componente 5) para los portadores de hemiplejia, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) para los componentes 1,2,6,7 y 8; esto se reflejó en el nivel de calidad de vida total para los pacientes con hemiplejia el cual fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$), usando la prueba T para muestras independientes. **Tabla 8, Gráfica 17.**

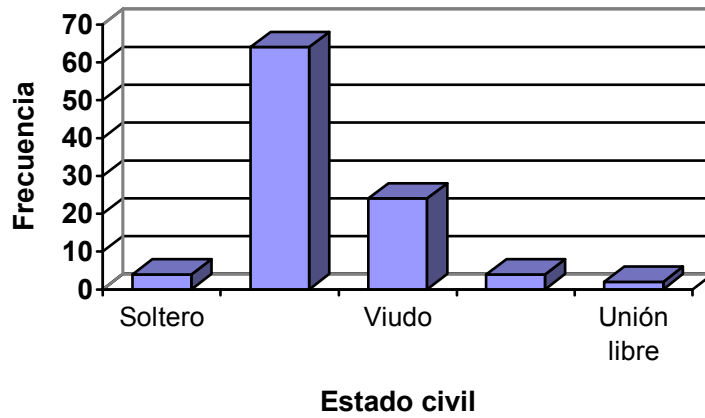
Se efectuó un análisis de correlación entre las puntuaciones de la escala de calidad de vida, con las categorías resultantes de la escala FIM, se estimó un coeficiente de correlación de Spearman obteniéndose una $r = -.743$ con un valor de $p < 0.05$. lo que traduce que a menor nivel de independencia (pacientes que requieren mayor asistencia) mayor deterioro en la calidad de vida.

Gráfica 1. Se muestra la distribución por sexo de los pacientes con secuelas de EVC incluidos en el estudio. (n= 100)



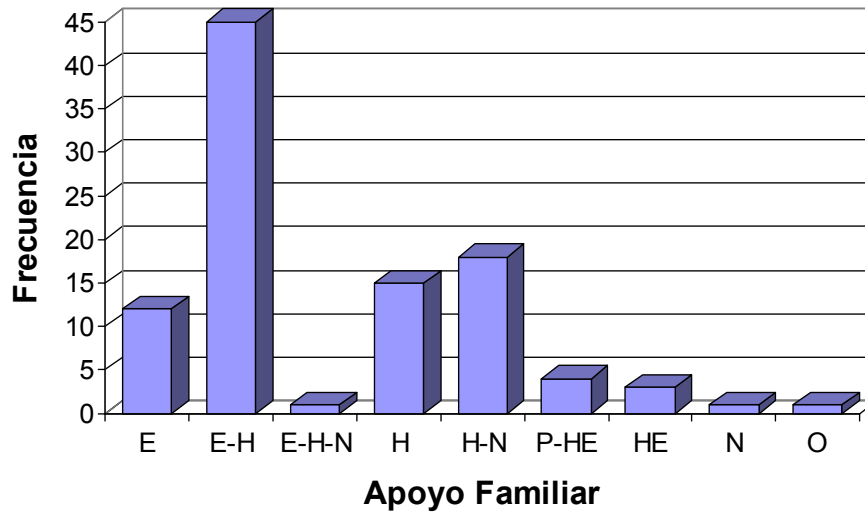
Fuente: HCD/RCOV-06

Gráfica 2. Se muestra la distribución de acuerdo al estado civil de los participantes en el estudio. (n=100)



Fuente: HCD/RCOV-06

Gráfica 3. Se representa la proporción de acuerdo al tipo de familiar que brindaba el apoyo al paciente. (n= 100)

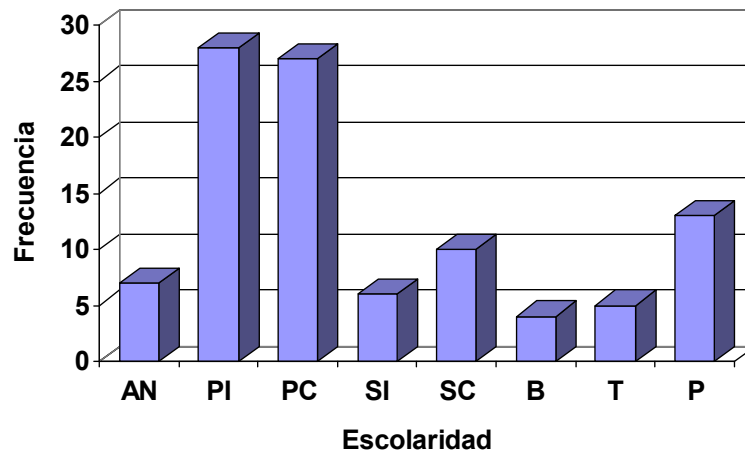


Tipo de familiar:

E esposo(a)	E-H esposo(a) e hijos	E-H-N esposo(a), hijos, y nietos.
H hijo(a)	H-N hijo(a) y nietos	P-HE padres y hermanos.
HE hermanos(a)	N nietos(a)	O primos(a)

Fuente: HCD/RCOV-06

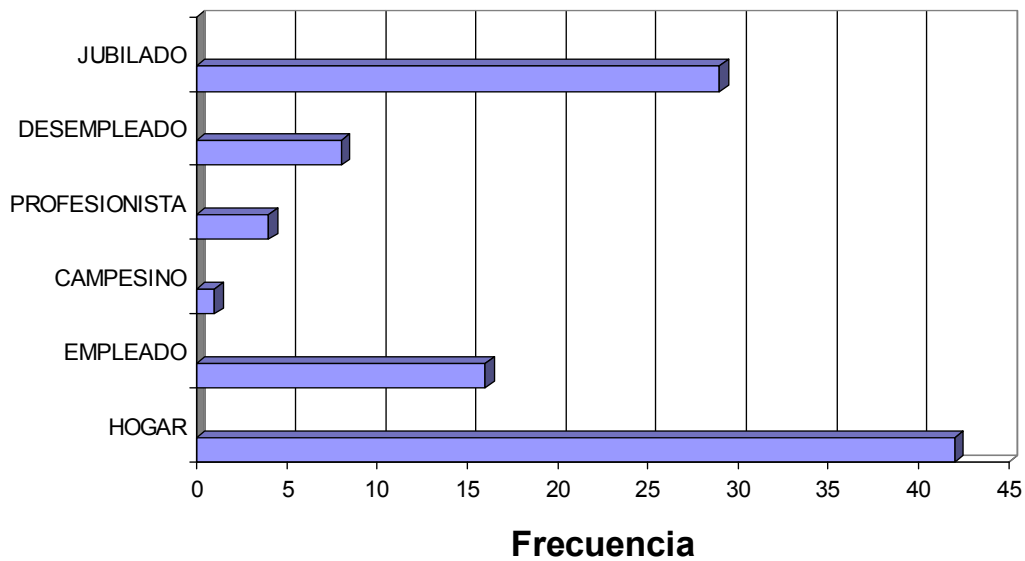
Gráfica 4. Se muestra la distribución por nivel de escolaridad de los pacientes con secuelas de EVC reportados en nuestro estudio. (n= 100)



Escolaridad:	AN analfabeta	PI primaria incompleta	PC primaria completa
	SI secundaria incompleta	SC secundaria completa	
	B bachillerato	T Técnico	P profesional

Fuente: HCD/RCOV-06

Gráfica 5. Se muestra la distribución de acuerdo a la actividad laboral reportado por los participantes en el estudio. (n= 100)



Fuente: HCD/RCOV-06

Tabla 1. Se representa la frecuencia y porcentaje de actividad física reportada por los pacientes. (n= 100)

ACTIVIDAD FISICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	69	69%
Caminata	16	16%
Gimnasia	3	3%
Natación	2	2%
Bicicleta	2	2%
Futbol	4	4%
Béisbol, voleybol, basketbol	4	4%
Total	100	100%

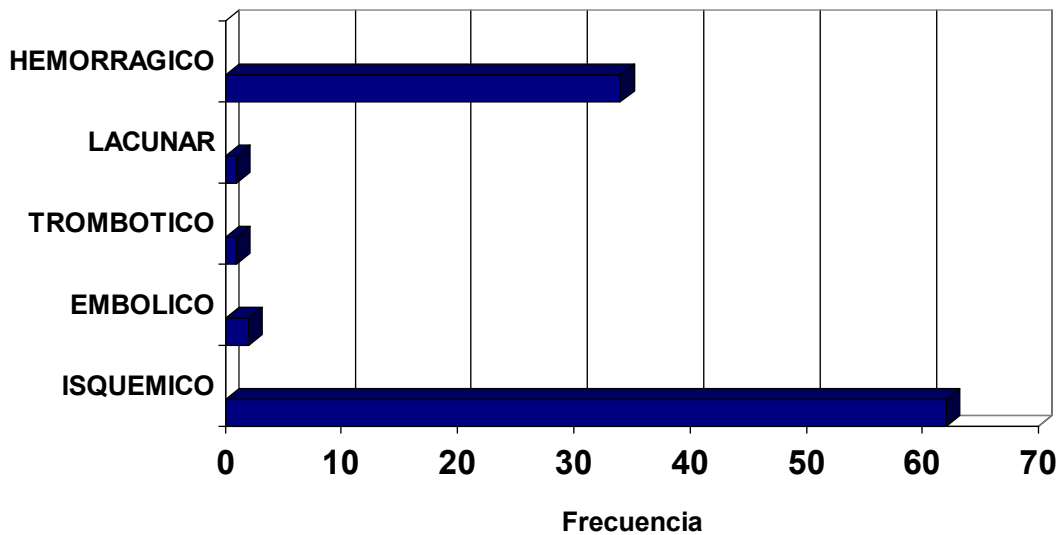
Fuente: HCD/RCOV-06

Tabla 2. Se muestra la frecuencia y porcentaje del tipo de actividad recreativa de acuerdo a los pacientes que la practicaban. (n=100).

ACTIVIDAD RECREATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Coser, bordar, tejer	21	21%
Domino	5	5%
Bailar	3	3%
Pintar	1	1%
Meditación	1	1%
Leer	3	3%
Ninguno	66	66%
Total	100	100%

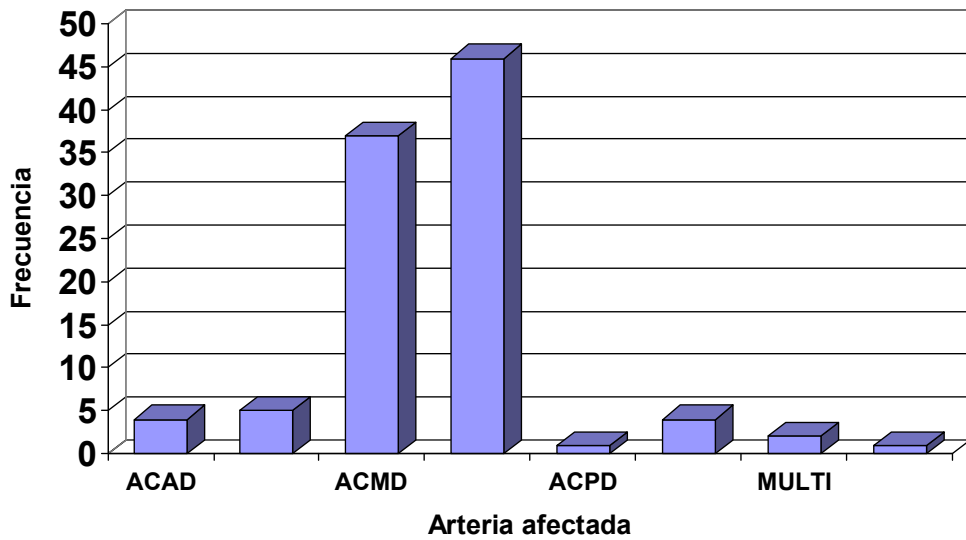
Fuente: HCD/RCOV-06

Grafica 6. Se representa la distribución del tipo de evento que presentaron los pacientes estudiados. (n=100)



Fuente: HCD/RCOV-06

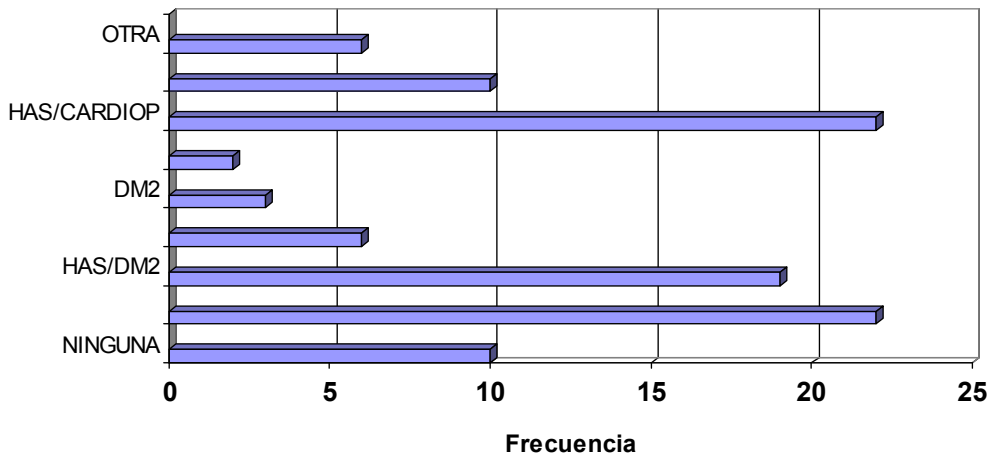
Gráfica 7. Se representa la distribución de acuerdo a la arteria afectada en los pacientes con EVC de nuestro estudio. (n= 100)



SITIO: ACAD arteria cerebral anterior derecha ACAI izquierda
 ACMD arteria cerebral media derecha ACMI izquierda
 ACPD arteria posterior derecha ACPI izquierdo
 MULTI Multifarto VERTEB Vertebrobasilar

Fuente: HCD/RCOV-06

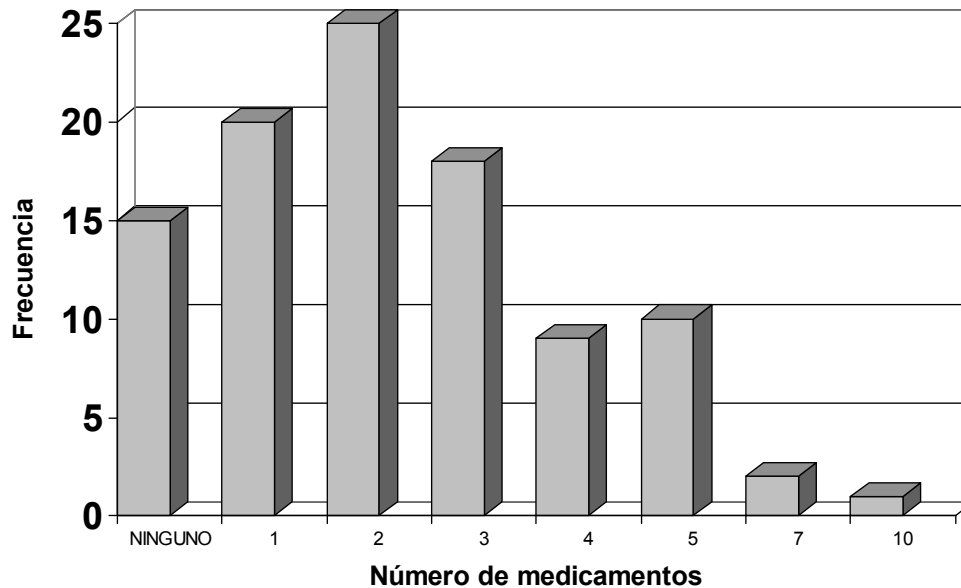
Gráfica 8. Se representa la presencia de enfermedades concomitantes en los pacientes del estudio. (n=100)



ENFERMEDADES: HAS: Hipertensión Arterial Sistémica.
 DM2: Diabetes Mellitus tipo 2.
 CARDIOP: Cardiopatías.

Fuente: HCD/RCOV-06

Gráfica 9. Se representa la distribución según el número de medicamentos ingeridos por los pacientes del estudio. (n= 100)



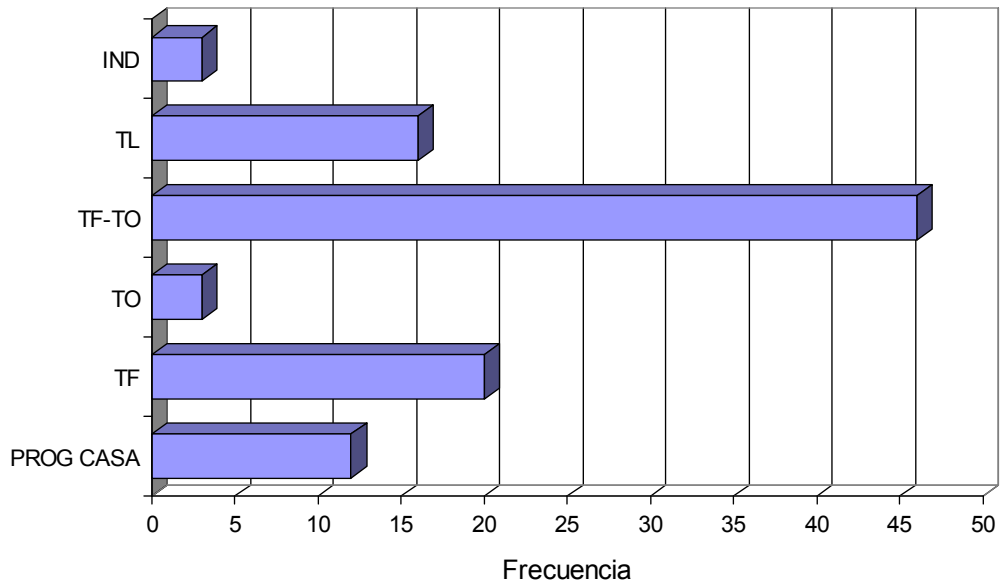
Fuente: HCD/RCOV-06

Tabla 3. Se muestran los medicamentos mas frecuentes, utilizados por los pacientes participantes en el estudio.

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Ninguno	15	15
Captopril	13	13
Captopril/Glibencalmida	7	7
Captopril/glibenclamida/otro	10	10
Glibenclamida/otro	7	7
Enalapril/otro	17	17
Insulina	4	4
Isosorbide	5	5
Metoprolol/propanolol	6	6
Nifedipino/amlodipino	13	13
Prednisona	3	3
Amiodarona	3	3
Otros	4	4

Fuente: HCD/RCOV-06

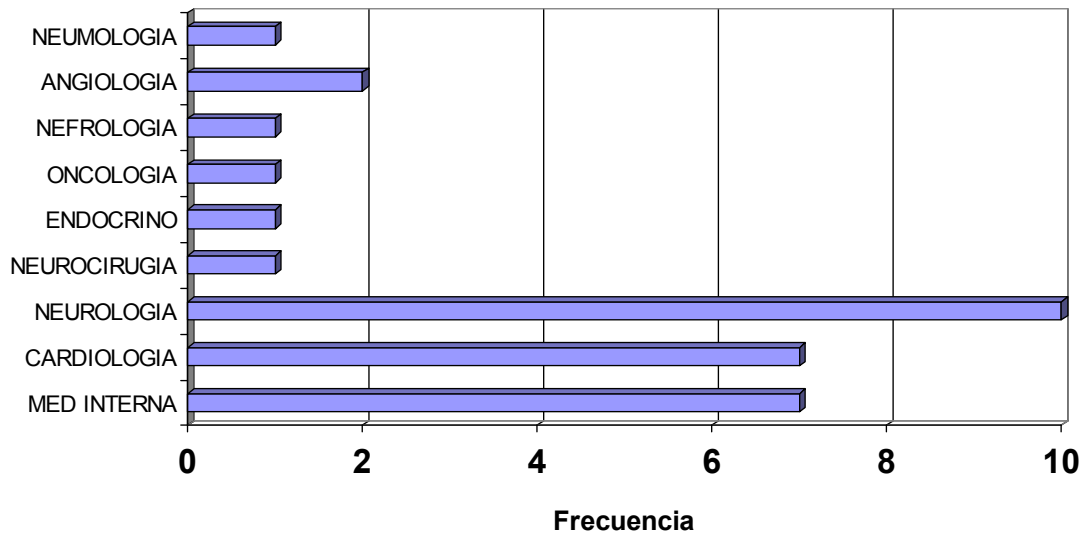
Gráfica 10. Se muestra la distribución según las modalidades de tratamiento de rehabilitación otorgado a los pacientes. (n= 100)



TERAPIA: IND: terapia física individual TL: terapia de lenguaje
 TF: terapia Física TO: terapia ocupacional

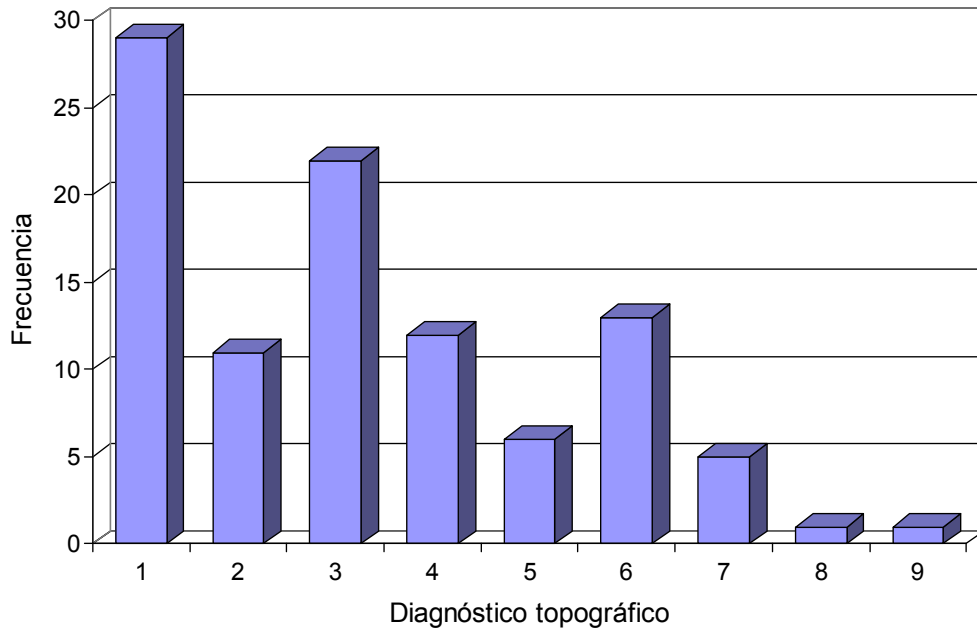
Fuente: HCD/RCOV-06

Gráfica 11. Se representa la distribución de acuerdo al control de los pacientes en otras especialidades. (31 de 100)



Fuente: HCD/RCOV-06

Gráfica 12. Se representa la distribución del diagnóstico topográfico, en los pacientes con EVC estudiados. (n= 100)

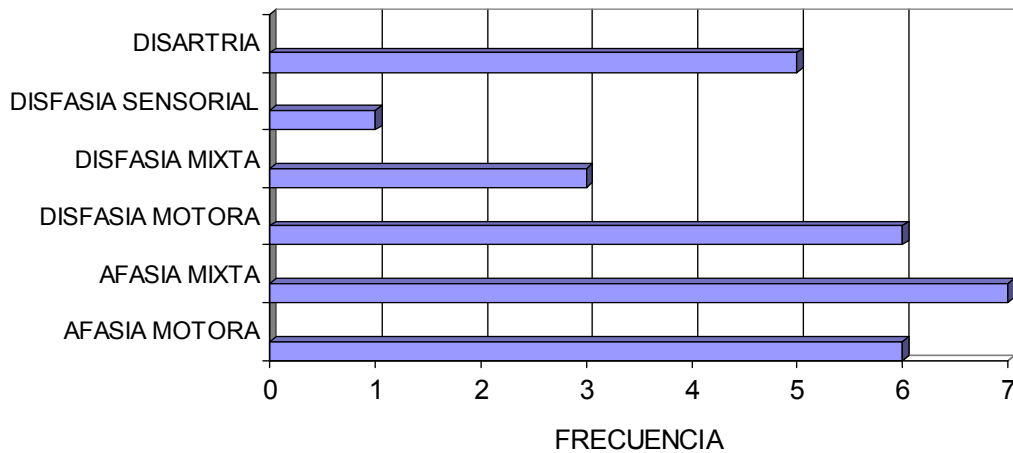


DX TOPOGRAFICO:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1: hemiparesia derecha | 6: hemiplejia izquierda |
| 2: hemipar.fasciocorporal derecha. | 7: hemiplejia fasciocorporal izquierda |
| 3: hemiparesia izquierda | 8: cuadriparesia |
| 4: hemiplejia derecha | 9: Monoparesia miembro torácico izquierdo |
| 5: hemiplejia fasciocorporal derecha | |

Fuente: HCD/RCOV-06

Gráfica 13. Se representa la distribución de acuerdo a la presencia de afección del lenguaje. (28 de 100).



Fuente: HCD/RCOV-06

Tabla 4. Se muestra la valoración del tono muscular en los miembros torácicos y pélvicos afectados de acuerdo a la Escala de Valoración de Asworth. (n=100)

Etapa		Miembro torácico		Miembro pélvico	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
0	Tono normal	6	6.0	7	7.0
1	Aumento al final del movimiento	40	40.0	36	36.0
2	Aumento en todo el arco de movilidad	40	40.0	47	47.0
3	Aumento marcado que dificulta movilidad	12	12.0	9	9.0
4	Rigidez irreductible	2	2.0	1	1.0

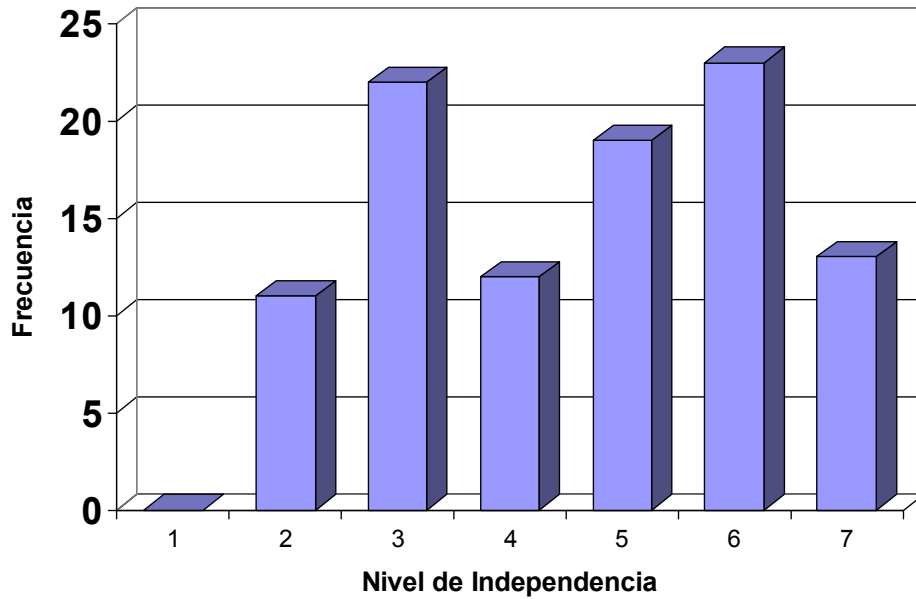
Fuente: HCD/RCOV-06

Tabla 5. Se muestra el nivel de funcionalidad medido a través de la escala de Brunnstrom, se describe el miembro torácico y pélvico afectados. n = 100

Etapa		Miembro torácico		Miembro pélvico	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
1	Flacidez	16	20.0	12	19.0
2	Inicia espasticidad	22	22.0	16	16.0
3	Espasticidad maxima	20	20.0	19	19.0
4	Comienza a romper sinergias	17	17.0	22	22.0
5	Logra movimientos voluntarios	19	19.0	23	23.0
6	Normal	6	6.0	8	8.0

Fuente: HCD/RCOV-06

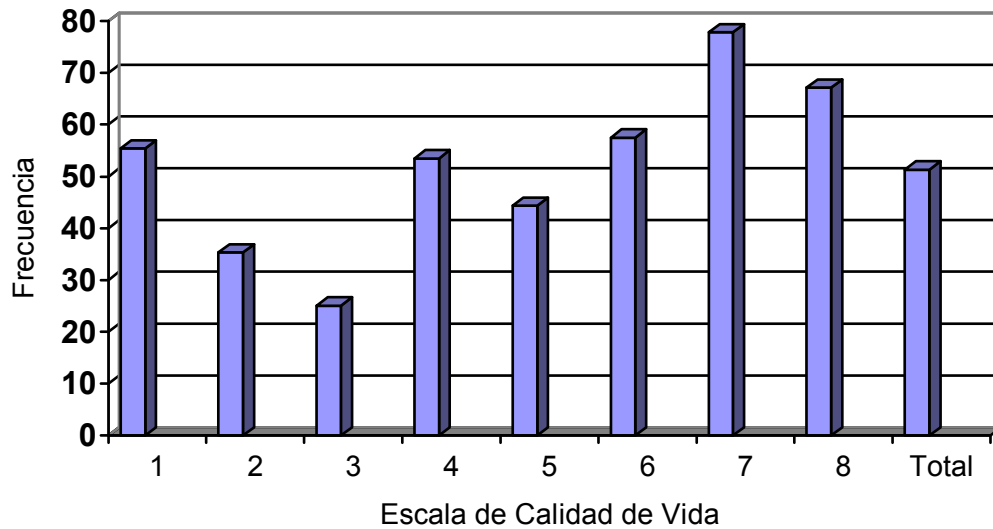
Gráfica 14. Se muestra la distribución de los resultados según el nivel de independencia de la Escala FIM en los casos estudiados. n=100



- | | | |
|-----------------------|----------------------|----------------------------|
| 1 Totalmente asistido | 2 Dependencia máxima | 3 Dependencia moderada |
| 4 Dependencia mínima | 5 Supervisión | 6 Independencia modificada |
| 7 Independencia total | | |

Fuente: HCD/RCOV-06

Gráfica 15. Se muestra la distribución de las puntuaciones de cada uno de los componentes y en forma global, de la escala de calidad de vida para ictus (ECVI-38). n=100.



- | | | | | | |
|---------------------------|---|------------------------|-------------|----------------|---------------|
| 1 Estado Físico | 2 Comunicación | 3 Cognición | 4 Emociones | 5 Sentimientos | 6 Actividades |
| básicas de la vida diaria | 7 Actividades comunes de la vida diaria | 8 Funciones Familiares | | | |

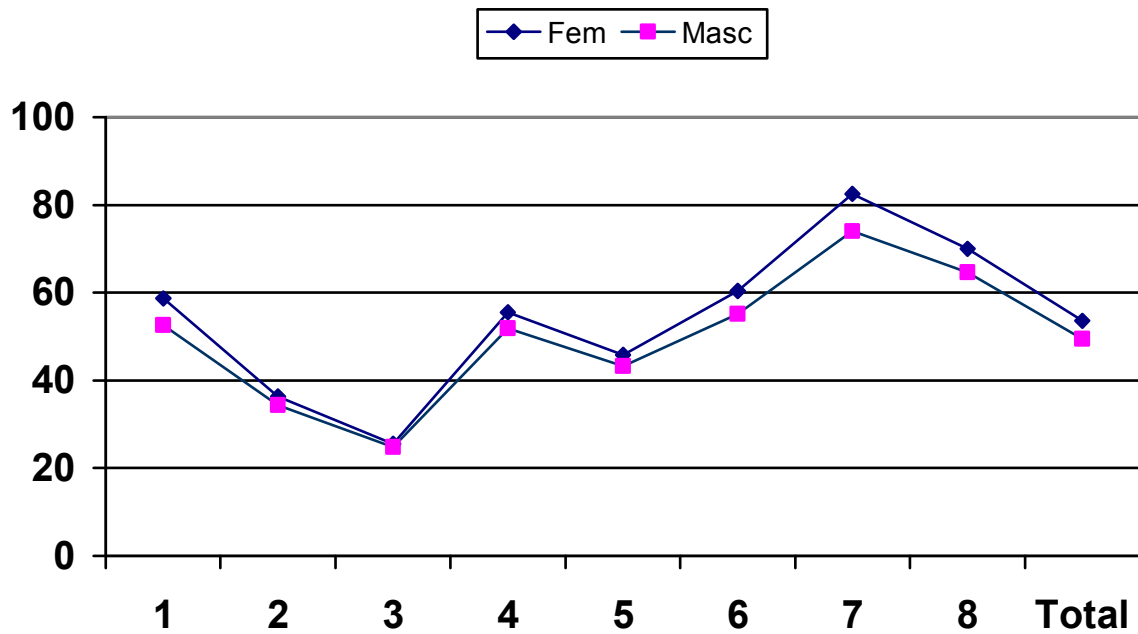
Fuente: HCD/RCOV-06

Tabla 6. Se muestran las puntuaciones de los diferentes componentes en la escala de calidad de vida (ECVI-38), así como el global comparándolos de acuerdo a sexo. n = 100

Componente	Femenino		Masculino		Valor p
	Media	d.e.	Media	d.e.	
Estado físico	58.7	20.7	52.6	19.2	0.129
Comunicación	36.3	29.8	34.4	32.8	0.782
Cognición	25.5	21.7	24.8	27.3	0.888
Emociones	55.5	22.9	51.9	22.5	0.427
Sentimientos	45.8	27.2	43.2	24.3	0.614
Actividades básicas de la vida	60.4	27.9	55.2	27.5	0.354
Actividades comunes de la vida	82.5	28.7	74.0	32.3	0.177
Funciones Familiares	70.0	20.0	64.7	23.2	0.238
Calidad de vida total	53.6	16.3	49.5	18.1	0.257

Fuente: HCD/RCOV-06

Gráfica 16. Se muestra la distribución de las puntuaciones de la escala de vida (ECVI-38) por componentes y en forma global comparando sexo femenino con masculino. (n = 100)



1 Estado Físico 2 Comunicación 3 Cognición 4 Emociones 5 Sentimientos 6
 Actividades básicas de la vida diaria 7 Actividades comunes de la vida diaria
 8 Funciones Familiares

Fuente: HCD/RCOV-06

Tabla 7. Se muestran las puntuaciones promedio obtenidas en la escala de calidad de vida, se presentan los componentes y en forma global relacionado con grupos etéreos. n = 100

Calidad de Vida	Grupos etéreos							Valor p
	35 – 44 a.	45 – 54 a.	55 – 64 a.	65 – 74 a.	75 – 84 a.	85 y mas a.		
Estado Físico	50.7 ± 20.9	46.4 ± 19.3	56.6 ± 17.9	57.8 ± 20.2	60.2 ± 20.6	52.5 ± 28.7	0.361*	
Comunicación	49.1 ± 36.5	28.3 ± 32.7	28.4 ± 29.6	38.1 ± 30.0	44.1 ± 32.4	16.6 ± 19.0	0.319*	
Cognición	39.2 ± 31.8	12.2 ± 15.0	22.2 ± 26.7	24.1 ± 27.9	33.3 ± 18.5	39.5 ± 15.7	0.052*	
Emociones	42.1 ± 16.2	44.1 ± 18.1	57.2 ± 22.1	56.0 ± 23.9	56.5 ± 22.7	58.7 ± 38.5	0.286*	
Sentimientos	33.5 ± 23.0	25.0 ± 15.6	51.4 ± 25.4	45.1 ± 24.7	51.5 ± 25.4	63.7 ± 32.2	0.003	
Act. Básicas	49.1 ± 21.7	50.3 ± 39.3	55.9 ± 22.8	62.2 ± 25.0	61.5 ± 27.3	59.3 ± 31.2	0.691*	
Act. Comunes	57.1 ± 26.8	61.0 ± 43.2	77.6 ± 30.1	82.5 ± 26.8	91.2 ± 17.2	87.5 ± 25.0	0.020	
Funciones familiares	68.3 ± 23.8	55.1 ± 31.5	68.2 ± 16.2	66.7 ± 20.0	72.8 ± 18.5	83.5 ± 14.2	0.116*	
Total	48.6 ± 21.7	40.3 ± 18.4	51.9 ± 17.1	54.1 ± 15.3	58.6 ± 14.5	50.0 ± 18.7	0.052	

Act. Básicas: actividades básicas de la vida diaria.

Act. Comunes: actividades comunes de la vida diaria.

* No estadísticamente significativo.

Fuente: HCD/RCOV-06

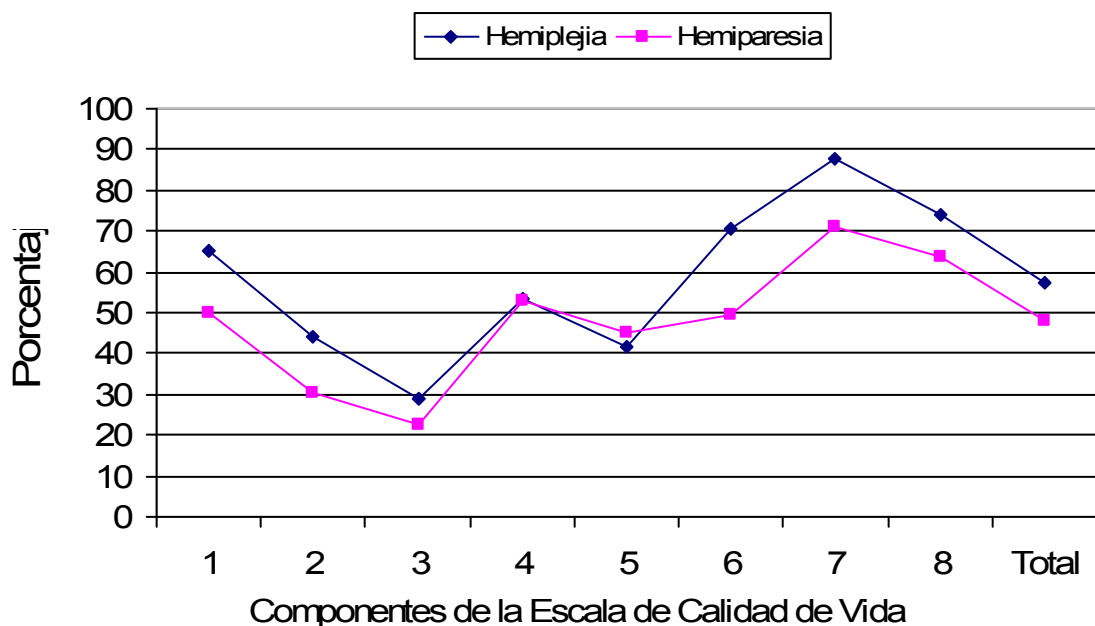
Tabla 8. Se muestran las puntuaciones de cada uno de los componentes y en forma global, de la **escala de calidad de vida (ECVI-38)**, de acuerdo a la comparación según su grado de afección del movimiento, independientemente del lado afectado. n = 100

Componente	Hemiparesia		Hemiplejia		Valor p
	Media	d.e.	Media	d.e.	
Estado físico	50.0	20.4	65.1	15.9	0.000
Comunicación	30.4	29.0	44.1	34.0	0.042
Cognición	22.7	24.5	28.7	24.1	0.244*
Emociones	52.7	22.6	53.4	22.4	0.878*
Sentimientos	45.0	26.4	41.6	23.9	0.526*
Actividades básicas de la vida	49.4	28.0	70.8	22.1	0.000
Actividades comunes de la vida	71.3	33.7	87.8	22.6	0.011
Funciones Familiares	63.5	22.4	73.9	19.5	0.026
Calidad de vida total	47.9	18.5	57.3	13.7	0.011

* No estadísticamente significativo.

Fuente: HCD/RCOV-06

Grafica 17. Se muestra la distribución de los resultados en cada componente de la escala, comparándolos con el grado de afección de la movilidad. n=100.



1 Estado Físico 2 Comunicación 3 Cognición 4 Emociones 5 Sentimientos
 6 Actividades básicas de la vida diaria 7 Actividades comunes de la vida diaria
 8 Funciones Familiares

Fuente: HCD/RCOV-06

DISCUSION

En el presente estudio evaluamos a 100 pacientes con diagnóstico de Enfermedad vascular cerebral (EVC), quienes acudieron a tratamiento rehabilitatorio en la Unidad de Rehabilitación, de los cuales el sexo predominante fue el masculino con un 55%, este hallazgo es similar a lo reportado en la literatura internacional donde se mencionan porcentajes por arriba del 60% para el sexo masculino.

La edad promedio de nuestros pacientes se reporta en 64.9 ± 12.3 años, mientras en la literatura se presentó una edad promedio de 58 años, lo cual no difiere en forma significativa. La literatura igualmente reporta una baja correlación entre la edad y la calidad de vida.

Dentro de los factores de riesgo que fueron identificados en nuestro estudio, la mayor frecuencia fue para la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y la Cardiopatía con un 79% y 22% respectivamente, nuestros resultados son similares a lo reportado por Fernández (2001), quienes establecen una frecuencia para la HAS y la Cardiopatía del 82% y 22% respectivamente.

De acuerdo al tipo de evento que se presentó, el mayor porcentaje fue para el isquémico, en 62% de los casos, lo que se correlaciona con lo reportado a nivel nacional así como en estudios recientes (Kong, 2006). Así mismo, respecto al sitio de lesión por territorio vascular, se encontró mayor afección de la arteria cerebral media predominantemente la afección para la izquierda, estos datos concuerdan con lo ya reportado en la literatura reciente.

En un estudio realizado por Kong (2006) se valora la calidad de vida de pacientes con EVC, él reportó como dominio más afectado la función física, que incluye actividades de la vida diaria, cargas de peso, lo cual se vio reflejado de igual manera en el estudio donde la mayor afección se presentó en el dominio de las actividades comunes de la vida, aunque esta solo incluye actividades con mayor demanda física como traslados, actividades de recreación, familiares y de la comunidad.

Respecto a la correlación de la edad con la afección de la calidad de vida en forma global, en el estudio, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, debido a que la muestra fue obtenida de los casos consecutivos de la Consulta Externa reportándose mayores puntajes de afección para el grupo de edad 75-84 años. Para el dominio de los sentimientos se reportó mayor afección para los pacientes de 75-84 años, y en el componente de las actividades comunes de la vida para los pacientes de 85 años y más, los cuales fueron significativos, este hecho se explica porque además estos pacientes cursan con otros padecimientos concomitantes que lo limitan aún más funcionalmente, presentándose sentimientos de menor vitalidad, baja autoestima y estado de ánimo.

El análisis del nivel de calidad de vida en relación al sexo femenino, no fue significativo en los dominios del estado físico, actividades comunes, funciones familiares y en la calificación global de la calidad de vida. La literatura reporta resultados muy parecidos haciendo énfasis en que a pesar de características como el aislamiento social y el estado depresivo, logran adaptarse a su nuevo entorno.

Es conocida la mayor afección desde el punto de vista anímico en los pacientes que cursan con situaciones de mayor discapacidad, este aspecto fue corroborado en nuestro estudio donde observamos que los pacientes que cursaban con una pérdida total de la movilidad (hemiplejía) presentaron un mayor deterioro en el nivel de calidad de vida comparado con los pacientes en los cuales la pérdida de la movilidad fue en forma parcial, estas observaciones son similares a los reportes de la literatura, donde establece una relación entre el grado de paresia con el nivel de la calidad de vida.

De forma muy similar al grado de movilidad observamos en nuestros pacientes que a menor grado de funcionalidad (registrados con bajas puntuaciones de la escala FIM) se presenta un mayor deterioro en la calidad de vida, esta asociación resultó ser estadísticamente significativa y concuerda con reportes de la literatura (Fernández 2001).

CONCLUSIONES

La mayor frecuencia de afección para la Enfermedad Vascul ar Cerebral, se presento en pacientes de sexo masculino, afectándolos entre la sexta y la séptima década de la vida.

El tipo de Enfermedad Vascul ar Cerebral más frecuente fue el evento isquémico, con predominio afección de la arteria cerebral media.

Se confirma que la Hipertensión Arterial aunado a Cardiopatía se relaciona en forma muy importante con la Enfermedad Vascul ar Cerebral, observando además que el mayor porcentaje de nuestros casos son sedentarios y sin actividades recreativas.

El nivel de calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Vascul ar Cerebral se encuentra afectado en aproximadamente 51.3% tanto en forma global como por dominios.

En algunos dominios como el sentimiento y/o actividades comunes se observa un mayor deterioro en la calidad de vida de los pacientes con edades superiores a los 75 años en forma significativa.

El grado de movilidad tendiente a la pérdida de la misma (hemiplejia) tiene una asociación estadísticamente significativa con un menor nivel de la calidad de vida.

La valoración mediante la Escala de Independencia Funcional mostró ser un instrumento útil, que se correlaciona directamente con el grado de movilidad en el paciente con secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral y que nos identifica en forma significativa en deterioro en la calidad de vida.

La escala aplicada de Calidad de Vida para pacientes con Ictus presenta dominios específicos a este padecimiento a diferencia de otras escalas, permite en el aspecto de sentimientos y emociones, explorar el estado anímico del paciente que podría sugerir el estado depresivo en estos pacientes, y reorientar el manejo integral del paciente con secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral.

ANEXOS

ANEXO I HOJA DE CAPTACION DE DATOS

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

No. De Afiliación: _____

Edad: _____

Sexo: (M) (F)

Actividad laboral:

Hogar Empleado Profesionista Obrero Jubilado Desempleado

Estado civil: Soltero / Casado / Unión libre / Viudo / Divorciado

Escolaridad:

Analfabeta / sabe leer, escribir / primaria / secundaria / bachillerato / profesional.

Deportes:(si)(no) _____

Actividad recreativa: (si) (no) _____

Enfermedades concomitantes:

DM2 / HAS / Cardiopatías / Neuropatía / Nefropatía /

Tiempo de evolución: _____

Estudios de gabinete: (si) (no) _____

Tratamiento rehabilitatorio: (si) (no) _____

Tratamiento medicamentoso: (si) (no) _____

Tratamiento otra especialidad: (si) (no) _____

Tipo de enfermedad vascular cerebral:

Isquémico: trombótico, embólico, lacunar.

Hemorrágico: intraparenquimatoso, subaracnoideo.

Sitio de la lesión:

Carotídeo (cerebral media, cerebral anterior, cerebral posterior)

Vertebrobasilar.

Escala de Asworth: MsTs _____ MsPs _____

Escala de Brunstrom: MsTs _____ MsPs _____

Topografía: Monoplejía / monoparesia/ hemiplejía der Izq / hemiparesia der izq.

Dominancia: derecha / Izquierda

Estudios de gabinete: _____

Vivienda: _____

Religión: _____

AL: RS: _____ Puesto: _____

Antigüedad: _____ Horario: _____

Actividades: _____

ANEXO II ESCALA DE ASHWORTH

Etapa	
0	Tono normal
1	Aumento al final del movimiento
2	Aumento en todo el arco de movilidad
3	Aumento marcado que dificulta movilidad
4	Rigidez irreductible

ANEXO III ESCALA DE BRUNNSTROM

ETAPA	
1	Periodo inmediato después del episodio agudo, se presenta una flacidez del hemicuerpo afectado y no se puede iniciar ningún movimiento voluntario.
2	Al comenzar la recuperación, las sinergias básicas de los miembros o algunos de sus componentes pueden aparecer como reacciones asociadas a los movimientos voluntarios comenzando a desarrollarse la espasticidad.
3	Adquiere un control voluntario de la sinergias, la espasticidad aumenta y se torna mas grave.
4	Ya tiene la capacidad para iniciar combinaciones de movimiento que no siguen los trayectos de cualquiera de las sinergias y la espasticidad empieza a disminuir.
5	Se aprenden combinaciones de movimientos mas dificiles, a medidas que las sinergias básicas de los miembros pierden su predominio sobre lo actos motores.
6	Con la desaparición de espasticidad se tornan posibles los movimientos articulares normales y la coordinación se acerca a la normalidad.

ANEXO IV ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EN ICTUS (EVCI-38)

I- PROBLEMAS FISICOS

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

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

VI- ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

6.- ¿Cuánta dificultad tiene usted para.....?					
	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna

a) Su cuidado personal (vestirse, afeitarse, arreglarse)	5	4	3	2	1
b) Bañarse	5	4	3	2	1
c) Realizar sus actividades domesticas acostumbradas	5	4	3	2	1
d) Moverse libremente en casa	5	4	3	2	1

VII. ACTIVIDADES COMUNES DE LA VIDA

7.- ¿Cuánta dificultad tiene usted para.....?

a) Moverse a lugares diferentes de la casa	5	4	3	2	1
b) Realizar sus actividades de entretenimiento o recreación	5	4	3	2	1

VIII. FUNCIONES FAMILIARES

8.- ¿Cuánta dificultad tiene usted en.....?

a) Tener independencia económica	5	4	3	2	1
b) Aportar económicamente a la familia como antes	5	4	3	2	1
c) Cumplir sus funciones dentro del hogar	5	4	3	2	1
d) Elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos	5	4	3	2	1
e) Participar en las decisiones familiares	5	4	3	2	1
f) Cumplir su papel como esposo o esposa	5	4	3	2	1

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

Recuperación sobre su enfermedad

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

ANEXO VMEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL FIM

NIVELES DE ASISTENCIA:

INDEPENDENCIA	Indep. Completa (seguro, a tiempo)	7
	Indep. Modificada (aparatos)	6
DEPENDENCIA MODIFICADA	Supervision	5
	Asistencia mínima (menor del 25%)	4
	Asistencia moderada (menor o igual 50%)	3
DEPENDENCIA COMPLETA	Asistencia máxima (menor del 75%)	2
	Totalmente asistido (mayor de 75%)	1

VALORACION

CUIDADO PERSONAL	COMER	
	ASEO PERSONAL	
	BAÑARSE	
	VESTIR - PARTE SUPERIOR DEL CUERPO	
	VESTIR - PARTE INFERIOR DEL CUERPO	
	HIGIENE PERIANAL	
CTRL. DE ESFINTERES	CONTROL – MANEJO DE ORINA	
	CONTROL – MANEJO DE INESTINO	
MOVILIDAD EN TRASLADOS	CAMA, SILLA, SILLA DE RUEDAS	
	BANO: EXCUSADO	
	BAÑO: TINA, REGADERA	
MOTILIDAD	CAMINAR/ SILLA DE RUEDAS	
	ESCALERAS	
COMUNICACIÓN	COMPRESIÓN	
	EXPRESIÓN	
SOCIAL COGNITIVO	INTERACCIÓN SOCIAL	
	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
	MEMORIA	

TOTAL

ANEXO VI CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México DF, a _____ de _____ del
2006.

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD
VASCULAR CEREBRAL.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en salud o la CNIC

El objetivo de este estudio es:

Evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad vascular cerebral, al ser egresados posterior a su tratamiento de rehabilitación en UMFRSXXI.

Se me ha explicado que su participación consistirá en:

+ Contestar algunas escalas sobre datos generales, laborales y de mi estado de salud físico y mental, rol social y familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificará a mí representado(a) en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial.

Entiendo que conservo el derecho de no completar el cuestionario, en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Médico Residente Rita del C. Olivares Vázquez. R3MFR Mat 99383900
Nombre, firma, matrícula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia,
dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigo _____

Testigo _____

BIBLIOGRAFIA

1. Nieto de Pascual R. Epidemiología de la Enfermedad Vascul ar Cerebral en el Hospital General de México. Enero – marzo 2003; 66 (1): 7 – 12.
2. Daviet J.C. Rehabilitación en caso de accidente vascular cerebral. Estudio general y tratamiento; Enciclopedia Médica de kinesiología. Elsevier, París 2003: 26-455-A-10.
3. Warlow C., Sudlow C. Stroke. The Lancet. Octubre, 2003; 362: 1211-1223.
4. Díez E., Del Brutto O. Clasificación de las Enfermedades Cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades cerebrovasculares. Rev Neurol 2001, 33 (5): 455-464.
5. Cucurullo S. Physical Medicine and Rehabilitation. Demos medical publishing. 2004. Stroke: 1-45.
6. Gil de Castro R., Gil Nunez A. Factores de riesgo del ictus isquémico. Rev Neurol, 2000; 31 (4): 314-323.
7. Barile M. Aspectos Clínicos de la Rehabilitación del accidente cerebrovascular. Avances en Medicina 99: 149-156.
8. Hinkle J. Variables Explaining Functional Recovery following Motor Stroke. Journal of Neuroscience Nursing. Febrero 2006; 38 (1):6-11.
9. Alonso J. Basanta L. Grado de independencia y coste del ictus isquémico. Rev Neurol, 2001; 32 (9): 897-898.
10. Santos S. Mostacero E. Pronóstico funcional a los tres meses en el paciente con ictus: factores determinantes. Rev Neurol, 1999;29(8):697-700.
11. Martins T., Riberio J. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación de nueve meses después del alta hospitalaria. Rev Neurol, 2006; 42(11): 655-659.
12. Fernández C. La Calidad de Vida del paciente con Accidente Cerebrovascular: una visión desde sus posibles factores determinantes. Rev Neurol 2001;32(8):725-731.
13. Carod F. Medición de la calidad de vida en supervivientes de un ictus. Rev Neurol, 1999;29(5): 447-456.

14. Lau A., McKenna K. Conceptualizing quality of life for elderly people with stroke. *Disability And Rehabilitation*, 2001; 23(6): 227-238.
15. Mackenzie A. Predictors of quality of life following stroke. *Disability and Rehabilitation* 2002; 24(5):259-265.
16. Jonsson A. Lindgren I. Determinants of Quality of life in Stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*, 2005; 36: 803-808.
17. Martin R., Ortiz A. Acontecimientos vitales, calidad de vida y apoyo social previos a la enfermedad vascular cerebral aguda, como factores predictores de la calidad de vida y situación funcional posteriores al ictus. *Rev Neurol*, 2000; 30(8): 707-711.
18. Kong K. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J*, 2006;47(3):213-218.
19. Buck D. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke, *Stroke* 2000;31:2004-2010.
20. Williams L. Development of Stroke specific quality of life scale. *Stroke*, 1999;30:1362-1369.
21. Zúñiga M. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México* 1999;41(2):110-118.
22. Carod F. Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. *Rev Neurol* 2004;39(11):1052-1062.
23. Fernández C. Desarrollo de una escala para evaluar la calidad de vida en los supervivientes a un ictus. *Rev Neurol* 2004;39(10):915-923.
24. Fernández C. Escala de calidad de vida para el ictus (EVCI-38): evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad, validez. *Rev Neurol* 2005;41(7):391-398.
25. Sangha H. Lipson D. A comparison of the Barthel Index and the Functional Independence Measure as outcome measures in stroke rehabilitation: patterns of disability scale usage in clinical trials. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2005, 28(2): 135-139.
26. Kwon S. Hartzema A. Disability Measures in stroke. Relationship among the Barthel Index, the functional Independence measure, and the modified rankin scale. *Stroke*, 2004;35: 918-923.