

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACION AUXILIAR MEDICA DE EDUCACION EN SALUD
COORDINACION AUXILIAR MEDICA DE INVESTIGACION EN SALUD**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO 24 DEL
IMSS**

**GRADO DE DISCAPACIDAD MOTRIZ EN PACIENTES
PORTADORES DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA CARMEN EDITH RODRIGUEZ CASTILLO

ASESOR DE TESIS

DR LEOPOLDO ABDI GONZALEZ MORENO

NUEVA ROSITA COAHUILA

2021



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.

**GRADO DE DISCAPACIDAD MOTRIZ EN PACIENTES PORTADORES DE
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ADSCRITO AL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA
ROSITA COAHUILA**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. CARMEN EDITH RODRIGUEZ CASTILLO

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INV ESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**GRADO DE DISCAPACIDAD MOTRIZ EN PACIENTES PORTADORES DE
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA
COAHUILA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. CARMEN EDITH RODRIGUEZ CASTILLO

AUTORIZACIONES



DR. LEOPOLDO ABDI GONZALEZ MORENO

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIONES EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 24 DE NUEVA ROSITA, COAHUILA**



DRA CARLA GRACIELA GARCIA NAVA

**COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 24 DE NUEVA ROSITA, COAHUILA**

**GRADO DE DISCAPACIDAD MOTRIZ EN PACIENTES PORTADORES DE
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA
COAHUILA**

INDICE

RESUMEN	1
MARCO TEORICO	3
JUSTIFICACION	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
PREGUNTA DE INVESTIGACION	15
OBJETIVO	16
HIPOTESIS	17
METODOLOGIA	18
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	23
PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA CAPTAR LA INFORMACION	23
IMPLICACIONES ETICAS	24
RESULTADOS	31
TABLAS Y GRAFICAS	35
DISCUSION	51
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	60

GRADO DE DISCAPACIDAD MOTRIZ EN PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA

RESUMEN

Las enfermedades cerebrovasculares contribuyen de manera importante a la carga de enfermedades en el mundo y en nuestro país. Es la primera causa de discapacidad y ocupa el segundo lugar como causa de muerte en el mundo. La enfermedad cerebrovascular es un problema creciente de salud en México.

Los estudios epidemiológicos muestran que la enfermedad cerebrovascular es un problema de salud pública importante, siendo estimado que en el 2030 encabezará la carga mundial de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Son afecciones por pérdida funcional transitoria o permanente de una parte del sistema nervioso central.

Ocurre en personas mayores a 65 años y 60 % de los afectados son hombres. El conjunto de las discapacidades físicas común en los supervivientes de accidente cerebro vascular es simultáneo o secundario a la enfermedad, temporal o permanentemente, causa daños en las actividades de la vida diaria como alimentarse, vestirse, cuidado de higiene personal, uso de transporte.

OBJETIVO: Identificar el grado de discapacidad motriz en pacientes portadores de enfermedad cerebrovascular adscrito al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita Coahuila.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo. Para identificar el grado de discapacidad motriz en pacientes portadores de enfermedad cerebrovascular.

RESULTADOS: En relación con el grado de discapacidad motriz de los 124 pacientes en estudio predominó la discapacidad moderada con un 33.1%.

CONCLUSIONES: Hay un aumento en pacientes del sexo masculino, se presentó más en edad productiva y con estado civil casado, factor importante ya que cuentan con redes de apoyo, esto permite evitar secuelas y lograr un aumento en la rehabilitación.

Palabras clave: Enfermedad Cerebrovascular, Grado de discapacidad motriz.

MARCO TEÓRICO

La enfermedad cerebrovascular es definida según la Organización Mundial de la Salud como el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral con síntomas de veinticuatro horas o más de duración o que llevan a la muerte, sin otra causa que el origen vascular. (1)

La primera persona en investigar los signos patológicos de la apoplejía fue Johann Jacob Wepfer que, de estudios de autopsias, obtuvo conocimientos sobre las arterias carótidas y vertebrales que suministran sangre al cerebro. También fue el primero en indicar que la apoplejía, además de ser ocasionada por la hemorragia en el cerebro, podría también ser causada por un bloqueo de una de las arterias principales que suministran sangre al cerebro. La apoplejía se conoce como enfermedad cerebrovascular: “cerebro” se refiere a una parte del cerebro y “vascular” a los vasos sanguíneos y a las arterias. (2)

El término EVC abarca de manera general al grupo de trastornos circulatorios de naturaleza isquémica o hemorrágica, transitoria o permanente, que afectan un área del encéfalo, causados por un proceso patológico primario en al menos un vaso sanguíneo cerebral. La EVC es una condición heterogénea que puede clasificarse bajo múltiples criterios. Por su naturaleza, se han identificado tres subtipos patológicos principales: infarto cerebral, hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea. El infarto cerebral es el subtipo más frecuente (80% a 85%) y el porcentaje restante le corresponde tanto a la hemorragia intracerebral como a la subaracnoidea (3)

La isquemia se produce como consecuencia de la oclusión de una o más arterias cérvico-cerebrales, mientras que la hemorragia se debe a la extravasación de sangre por la rotura de un vaso sanguíneo intracraneal. Los pacientes con

enfermedad cerebrovascular isquémica o hemorrágica pueden clasificarse de forma más precisa teniendo en cuenta la etiología y la localización de las lesiones. (4)

Las enfermedades cerebrovasculares son todas aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular. Su manifestación aguda se conoce con el término ictus que en latín significa 'golpe'; ya que su presentación suele ser súbita y violenta. (5)

Accidente cerebrovascular isquémico: En la vida cotidiana, la coagulación de la sangre es beneficiosa. Cuando está sangrando por una herida, los coágulos de sangre disminuyen y eventualmente detiene el sangrado. Sin embargo. En el caso de un accidente cerebrovascular, los coágulos de sangre son peligrosos porque pueden bloquear las arterias y cortar el flujo sanguíneo, in proceso llamado isquemia. Un accidente cerebrovascular isquémico puede ocurrir de dos maneras: accidentes cerebrovasculares embólicos y trombóticos.

Accidente cerebrovascular embólico: Se forma un coágulo de sangre en algún lugar del cuerpo y viaja a través del torrente sanguíneo hacia el cerebro. Una vez en el cerebro, el coágulo finalmente viaja a un vaso sanguíneo lo suficientemente pequeño como para bloquear su paso. El coágulo se aloja allí, bloqueando el vaso sanguíneo y causando un derrame cerebral. Conocido como émbolo.

Accidente cerebrovascular trombótico: El flujo sanguíneo se ve afectado debido a un bloqueo en una o más de las arterias que suministran sangre al cerebro, la cual se conoce como trombosis. Los accidentes cerebrovasculares también pueden ocurrir como resultado de vasos sanguíneos poco sanos obstruidos con una acumulación de depósitos de grasa y colesterol.

Trombosis de vasos grandes: El ictus trombótico ocurre con mayor frecuencia en las arterias grandes, siendo el más común y mejor comprendido, es causada por

la combinación de aterosclerosis a largo plazo seguida de una rápida formación de coágulos sanguíneos.

Enfermedad de vasos pequeños / infarto lacunar: Ocurre cuando el flujo de sangre bloquea a un vaso arterial muy pequeño, queda una pequeña cavidad después de que las células del cuerpo hayan eliminado los productos de infarto profundo. Estrechamente relacionado con hipertensión arterial.

Accidente cerebrovascular hemorrágico: Causado por una ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro. Pueden ser causadas por una serie de trastornos que afectan a los vasos sanguíneos, como la hipertensión arterial prolongada y los aneurismas cerebrales. (6)

Los estudios epidemiológicos muestran que la enfermedad cerebrovascular es un problema de salud pública importante, siendo estimado que para el año 2020 será la cuarta causa de discapacidad ajustada por años de vida y en el 2030 encabezará la carga mundial de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles, debido a las consecuencias de su padecimiento como la discapacidad, caracterizada por diversas deficiencias estructurales, fisiológicas y psíquicas que implican una variedad de limitaciones en las actividades de la vida diaria y restricciones en la participación del individuo. (7).

Su incidencia se duplica cada 10 años después de los 35 años de edad. Tiene morbilidad y mortalidad elevadas; sólo 38% de los casos sobrevive al pasar un año, mientras que 30% logra ser independiente a tres meses. La hipertensión arterial sistémica es el factor de riesgo más claramente vinculado (55-81%). (8)

El ataque cerebrovascular (ACV) es una entidad devastadora no solo por el riesgo de muerte, sino más importante aún, por la discapacidad que genera. Aproximadamente el 30 % de los sobrevivientes de un ACV requieren asistencia en

sus actividades de la vida diaria, el 20 % quedan limitados para deambular y el 16 % en cuidado institucional (9)

Esta enfermedad es la segunda causa de muerte en el mundo, y es de gran importancia en el ámbito de la salud pública debido al gran impacto que tiene sobre la funcionalidad y el grado de dependencia que genera en los pacientes. La incidencia de la enfermedad cerebrovascular está disminuyendo en los países de altos ingresos, incluyendo los Estados Unidos; sin embargo, está aumentando en los países de bajos ingresos, y en consecuencia el número de personas en el mundo con discapacidad y dependencia secundaria es alta y creciente. La mejor alternativa de intervención es la prevención a través del control de los factores de riesgo, la educación de la población sobre signos tempranos y la necesidad de acortar los tiempos de atención en estos pacientes. (10)

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) son una de las causas más frecuentes de mortalidad y discapacidad a nivel mundial, siendo su incidencia y prevalencia mayor conforme incrementa la edad de la población. Ante ello, los 10 millones de defunciones que presentan anualmente las convierten en la segunda causa de muerte para algunos países, después de la cardiopatía isquémica. Constituye además causa principal de años perdidos de vida saludable: séptima mundial y quinta en Cuba. En nuestro país ocupa la tercera causa de muerte desde hace varios años, precedidas por las enfermedades cardiovasculares y las patologías malignas. (11)

La enfermedad cerebrovascular es la primera causa neurológica de discapacidad. Ocurre por lo general en personas mayores a 65 años y 60% de los individuos afectados son hombres; además, tiene cierta predilección por sujetos de raza afroamericana en quienes los cuadros son más severos. Dos tercios de las muertes por EVC ocurren en países subdesarrollados. (12)

Es por ello necesario desde el nivel primario de atención identificar y prevenir factores de riesgo asociados a las ECV, así como educar a la población en las repercusiones negativas de funcionabilidad, morbimortalidad y secuelas. (13)

El accidente cerebrovascular tiene a un promedio de 10 a 12% de morbimortalidad en algunos países industrializados, es la tercera causa de muerte a nivel mundial y la primera causa de invalidez. La mayoría de veces entre un 88% de los casos ocurren en personas mayores de 65 años, la incidencia del ECV se eleva de manera exponencial conforme va aumentando la edad, manifestándose a 3 por cada 10.000 personas entre la tercera y la cuarta décadas de vida, hasta 300 de cada 1.000 personas entre la octava y la novena décadas de la vida. El riesgo de ECV va ser mayor en hombres que en mujeres, aunque la posibilidad de muerte en éstas es de 16% y de 8% para aquellos. Esta diferencia se debe básicamente a una presentación de la ECV más tardía en la mujer, y a una mayor expectativa de vida en ella. (14)

Presenta una elevada morbimortalidad con secuelas de impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, con altos costos sanitarios y sociales. (15)

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es una condición común y devastadora que causa la muerte en la tercera parte de los pacientes a los 6 meses y deja a otra tercera parte permanentemente dependiente de la ayuda de otros. (16)

El diagnóstico inicial del accidente cerebrovascular agudo sigue siendo un diagnóstico clínico. Accidente cerebrovascular (ACV) y el accidente isquémico transitorio (AIT) se caracterizan por un inicio agudo y la evolución de los síntomas atribuidos a una lesión cerebral focal. Los síntomas típicos incluyen debilidad muscular, pérdida sensorial, paresia facial, disartria y hemianopsia homónima. Además, los accidentes cerebrovasculares afectan a la corteza cerebral puede conducir a la afasia, apraxia, agnosia y el olvido. (17)

El ictus isquémico resulta el de mayor prevalencia si se compara con el hemorrágico y su diagnóstico se establece en imágenes sugestivas en tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética nuclear, además de la apreciación de expresiones neurológicas tempranas (18)

Las primeras seis horas desde que se presentaron los síntomas son clave para la oportuna atención médica especializada; de lo contrario, podría suscitarse una isquemia súbita e irreversible en cualquier parte del cerebro, lo que podría devenir en una discapacidad severa o la muerte. (19)

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, las cuales también se constituyen como las primeras causas de muerte en México. (20)

De todas las causas de enfermedad cerebrovascular, la isquemia cerebral es la entidad más incidente y prevalente entre todas las enfermedades cerebrovasculares, muy vinculada con factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad, el hábito de fumar, la dislipidemia y destacamos que algunos de ellos forman parte de una entidad clínica conocida como síndrome metabólico (SM). (21)

El daño generado por esta enfermedad no solo se estima mediante la mortalidad sino, y tal vez con mayor impacto en la población y el sistema de salud, también la discapacidad que causan las secuelas posteriores al evento. (22)

Los factores más importantes asociados a la presencia de enfermedad cerebrovascular en el adulto joven son, la obesidad, cardiopatía, diabetes mellitus, hipertensión arterial y antecedentes familiares de enfermedad cerebrovascular; así como la dislipidemia y consumo de tabaco. (23)

Es una causa común de muerte y discapacidad, lo cual ocasiona enormes gastos que son asumidos, en la mayor parte, por países de ingresos medios y bajos, puesto que en ellos se identifican dos terceras partes de estos casos.

El accidente cerebrovascular es una causa principal de discapacidad y morbilidad asociada con el aumento de la carga económica debido al tratamiento y la atención posterior al accidente cerebrovascular. (24)

El conocer los años de vida productiva que se pierden por padecer dicha patología en una persona económicamente activa, permitirá aumentar la prevención de esta enfermedad y disminuir las repercusiones económicas y sociales en el trabajador y en la institución. (25)

Según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud, cada año alrededor de seis millones de personas en el mundo mueren de un ataque cerebral, constituyéndose como la patología neurológica más común y primera causa de discapacidad en la población de adultos. De los pacientes que sufre esta enfermedad, un 15 a 30% presenta un deterioro funcional severo a largo plazo lo que implica un alto grado de dependencia de terceros y un elevado costo económico. Además, el accidente cerebrovascular se ha establecido como la segunda causa de demencia a nivel mundial. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionan “que las enfermedades cardiovasculares constituyen la segunda causa de muerte y la tercera de discapacidad en países desarrollados luego de las enfermedades cardíacas y neoplásicas, además; siendo esta una importante causa de admisión hospitalaria, donde se producen 4,6 millones de muertes anuales en el mundo por esta causa, lo que equivale a 1 muerte cada siete segundos, ocasionando un alto porcentaje de incapacidad en los pacientes que sobreviven, con un enorme impacto en la calidad de vida individual y familiar con repercusión social y económica” (26)

El aumento epidémico de los factores de riesgo en adultos jóvenes en algunas regiones como Rusia, China e India ha contribuido al aumento de la carga de accidentes cerebrovasculares entre la población más joven. (27)

En Latinoamérica se reportan tasas superiores como en México con 230 casos por cada 100 mil habitantes en mayores de 35 años. (28)

En Chile el accidente cerebrovascular isquémico es un importante problema de salud pública, constituyendo en el año 2013 la principal causa de muerte y la segunda causa de mortalidad en grupos de entre 30 y 69 años. (29)

En México la enfermedad cerebrovascular ocupa el sexto lugar como causa de muerte entre la población general, cuarto lugar entre el sexo femenino y sexto en el masculino. Su elevada incidencia y prevalencia supone notables costos, humanos y económicos. (30)

El accidente cerebrovascular es la causa principal de discapacidad y morbilidad asociada con el aumento de la carga económica debido al tratamiento y la atención posterior al accidente cerebrovascular. (31)

El conjunto de las discapacidades físicas común en los supervivientes de accidente cerebro vascular es simultáneo o secundario a la enfermedad, temporal o permanentemente, causa daños en las actividades de la vida diaria como alimentarse, vestirse, cuidado de higiene personal, uso de electrodomésticos, uso de transporte, entre otros. El accidente cerebro vascular se transforma en un desafío tanto por el impacto social, como el impacto en la vida de las personas y sus familias. Estar o ser un portador de discapacidad física compromete a la persona y el entorno, especialmente a la familia. Discapacidades Motrices: Comprende a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana. (32)

Resulta probable como la causa más generalizada de invalidez severa y su ocurrencia se desarrolla con la edad, por lo que hoy la longevidad resulta una expresión digna de atención en todo el mundo. Se precisa, entonces, que el accidente cerebrovascular debe ser entendido como un síndrome clínico representado por síntomas que crecen con celeridad, señales focales y en otros

casos globales, específicamente para pacientes en coma, disminución de la función cerebral, con los síntomas persistentes durante 24 horas o más, o causando la muerte, sin motivo evidente a excepción vascular. El resultado, tras un accidente cerebrovascular (ACV), estriba de la dimensión de la afectación y de la región comprometida en el cerebro, así como también de la edad del paciente y su estado previo. El accidente cerebrovascular hemorrágico presenta complicaciones más altas de morbilidad que el accidente cerebrovascular isquémico, las defunciones que se presentan dentro de la primera semana tras la ocurrencia de la enfermedad cerebrovascular repercuten en su generalidad debido a los efectos inmediatos del daño cerebral. Consecutivamente, suceden las complicaciones de la inmovilidad como la bronconeumonía, el tromboembolismo venoso y accidentes cardiacos cada día con más frecuencia en la población. (33)

Grados de discapacidad según BAREMO. EL Real Decreto 1971/1999
Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

Grado 1: Discapacidad nula. Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria.

Grado 2: Discapacidad leve. Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas.

Grado 3: Discapacidad moderada. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado

Grado 4: Discapacidad grave. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar

la mayoría de las AVD, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.

Grado 5: Discapacidad muy grave. Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria. (34)

El Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, establece los criterios técnicos para la valoración de la discapacidad y del grado de minusvalía, así como los que van a determinar la necesidad del concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida y las dificultades para utilizar transportes colectivos. Todos estos criterios se fijan en los baremos aprobados como anexos I, II y III, respectivamente, de la referida norma y publicados en el Boletín Oficial del Estado de 26 de enero de 2000. Estos baremos establecen normas para la evaluación de las consecuencias de la enfermedad, de acuerdo con el modelo propuesto por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la O.M.S. (34)

JUSTIFICACION

La enfermedad cerebrovascular se considera la causa más generalizada de invalidez severa que va en aumento con la edad, por lo que hoy la longevidad resulta una expresión digna de atención en todo el mundo.

Es causa principal de discapacidad y morbilidad asociada con el aumento de la carga económica debido al tratamiento y la atención posterior a enfermedad cerebrovascular.

Las discapacidades Motrices: Comprende a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana.

En México su elevada incidencia y prevalencia supone notables costos, humanos y económicos.

La mortalidad por este padecimiento en México es de 28.3 por cada 100,000 habitantes, por lo que es necesario conocer las características de nuestra población y las particularidades epidemiológicas y clínicas que puedan aumentar la posibilidad de desarrollar la enfermedad cerebrovascular, realizar un enfoque adecuado de los esfuerzos de prevención.

En nuestro país el factor de riesgo más importante para presentar enfermedad cerebrovascular es la hipertensión arterial. Se ha demostrado que un adecuado control de la presión arterial puede disminuir hasta en un 30 a 35% la incidencia de enfermedad cerebrovascular.

El incremento de eventos cerebrovasculares se asocia a un mayor índice de discapacidad en adultos jóvenes ya que conlleva a una modificación familiar además de tener un impacto económico significativo para la familia y el sistema de salud, no sólo por la atención requerida, sino también por el proceso de

rehabilitación que se debe seguir y en ocasiones por la imposibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana. Por lo anterior se vio la importancia de realizar este estudio que nos permitió, identificar el grado de discapacidad en el paciente portador de enfermedad cerebrovascular.

Ya que el conjunto de las discapacidades motriz común en los supervivientes de accidente cerebro vascular es simultáneo o secundario a la enfermedad, temporal o permanentemente, causa daños en las actividades de la vida diaria como alimentarse, vestirse, cuidado de higiene personal, uso de electrodomésticos, uso de transporte, entre otros. El accidente cerebro vascular se transforma en un desafío tanto por el impacto social, como el impacto en la vida de las personas y sus familias.

Al valorar la importancia del grado de discapacidad posterior a un accidente cerebrovascular que nos permitió observar la funcionalidad del paciente que le permita o no continuar con sus labores, observamos que en edades jóvenes el riesgo de discapacidad es menor comparado con pacientes arriba de 65 años.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad cerebrovascular es un problema de gran implicación social, económico y de salud pública, es la cuarta causa de discapacidad y encabeza la carga mundial de morbilidad para enfermedades crónico no transmisibles.

Su consecuencia primordial es la discapacidad que se caracteriza por diversas deficiencias estructurales, fisiológicas y psíquicas, que implicaran limitaciones en las actividades de la vida diaria y la restricción de la participación del individuo.

Aproximadamente el 30 % requiere asistencia en sus actividades, el 20 % quedan limitados para deambular y el 16 % en cuidado institucional. Se estima que el 85% de las defunciones por esta enfermedad se producen en países en vías de desarrollo como México, donde ocupa el sexto lugar como causa de muerte entre la población general, cuarto lugar entre el sexo femenino y sexto en el masculino. La mayoría de los ingresos hospitalarios por enfermedad cerebrovascular es en personas trabajadoras en edades que oscilan de 50 a 65 años.

Los factores de riesgo están relacionados a la diabetes mellitus, obesidad, sedentarismo, dislipidemia y la hipertensión arterial. El incremento de eventos cerebrovasculares se asocia a un mayor índice de discapacidad en adultos jóvenes, que lleva a una modificación familiar además de tener un impacto económico significativo para la familia y el sistema de salud, no sólo por la atención, sino por el proceso de rehabilitación que se debe seguir y en ocasiones por la imposibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana. Por ello nuestra pregunta de investigación fue:

¿CUÁL ES EL GRADO DE DISCAPACIDAD MOTRIZ EN PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de discapacidad motriz en pacientes portadores de enfermedad cerebrovascular adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar 24 del IMSS Nueva Rosita, Coahuila.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el número de pacientes con enfermedad cerebrovascular en la unidad.
- Identificar el grado de discapacidad en paciente con enfermedad cerebrovascular.
- Mostrar el sexo con mayor prevalencia entre masculino y femenino.
- Identificar el grupo de edad más afectado.

HIPÓTESIS

Los pacientes adultos en edad productiva que presentan evento cerebrovascular tienen mayor índice de discapacidad motriz.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio Transversal, observacional, descriptivo.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Se valoro el grado de discapacidad motriz en pacientes portadores de enfermedad cerebrovascular

adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 24 de Nueva Rosita, Coahuila. Del 1 de noviembre del 2019 al 31 de octubre del 2020.

TIPO TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra con un universo de trabajo de **108** pacientes del departamento de consulta externa de medicina familiar adscritos al HGZMF 24 de Nueva Rosita Coahuila, con un nivel de confianza (k) de: 1.96, un margen de error (e) de: .3% y una “q” de .5 y “p” de .5

En donde sustituyendo los valores con la fórmula:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

Obtenemos un cálculo del tamaño de **99** pacientes del servicio de consulta familiar adscritos HGZ MF 24 del IMSS de Nueva Rosita, Coahuila que estaremos estudiando.

n: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos: un 95 % de confianza.

Los valores k más utilizados y sus niveles de confianza son: K 1,15 1,28 1,44 1,65 1,96 2 2,58

Nivel de confianza 75% 80% 85% 90% 95% 95,5% 99%

e: es el error muestra deseado. El error muestra es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella.

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.

n: es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

1. **Inclusión:** Todos los pacientes portadores de enfermedad cerebrovascular adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar 24 de Nueva Rosita Coahuila.
- 2.- **Exclusión:** Pacientes cuya historia no fue clara, incompleta y no confiable.
- 3.- **Eliminación:** Pacientes con discapacidad física previa.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR).

Se recabaron variables edad, sexo, estado civil.

VARIABLE DEPENDIENTE

Grado de Discapacidad motriz

DEFINICION CONCEPTUAL

Según la OMS podemos considerar como discapacidad cualquier restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

El grado de discapacidad valora fundamentalmente como las diferentes discapacidades influyen en la autonomía personal de los individuos y hasta qué punto la afecta, para poner a su disposición las herramientas y ayuda necesaria.

Discapacidad Motriz: Comprende a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana Grados de discapacidad

Grado 1: Discapacidad nula. Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria.

Grado 2: Discapacidad leve. Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas.

Grado 3: Discapacidad moderada. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado.

Grado 4: Discapacidad grave. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las AVD, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.

Grado 5: Discapacidad muy grave. Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las actividades de vida diaria.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Se revisaron todos los expedientes de los pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular para valorar el grado de discapacidad motriz en su función muscular con la escala de BAREMO.

Determinación de las deficiencias debidas a pérdida de fuerza y déficit motores causados por trastornos de los nervios periféricos (BAREMO)

GRADO	Descripción de la función muscular	
5	Movimiento activo contra la gravedad con resistencia total.	
4	Movimiento activo contra la gravedad con cierto grado de resistencia.	
3	Movimiento activo sólo contra la gravedad, sin resistencia.	
2	Movimiento activo sin gravedad.	
1	Leve contracción sin movimiento.	
0	Ausencia de contracción	

Los baremos establecen normas para la evaluación de las consecuencias de la enfermedad, de acuerdo con el modelo propuesto por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la O.M.S

VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable	Definición Conceptual	Tipo por naturaleza	Indicador	Escala de Medición	Categoría	Medio de verificación
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el tiempo de vida actual	Cuantitativa	Edad Actual	Ordinal	<25 años 26 a 40 a 41 a 55 a 56 a 70 a >70 años	Historia Clínica

Sexo	Genero del paciente	Dicotómica	Hombre Mujer	Nominal	Hombre Mujer	Historia Clínica
Estado Civil	Situación de una persona en la que se encuentra con otra, donde se crean lazos jurídicamente	Cualitativa	Estado civil actual	Ordinal	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado	Historia Clínica
Grado de Discapacidad Motriz	Valora como las diferentes discapacidades influyen en la autonomía personal del individuo.	Cualitativa		Ordinal	Grado-5 Grado-4 Grado-3 Grado.2 Grado-1 Grado-0	Historia Clínica

ESCALA DE MEDICIÓN:

Se utilizo el Sistema de Información de Medicina Familiar y base de datos

FUENTE DE INFORMACION:

SIMF y Base de datos

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Previa autorización del protocolo por parte del Comité De Ética En Investigación y El Comité Local de Investigación En Salud. Se revisaron los expedientes electrónicos del SIMF de pacientes portadores de enfermedad cerebrovascular para valorar el grado de discapacidad motriz por medio de la historia clínica, adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 24 del IMSS de Nueva Rosita, Coahuila.

PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Los datos obtenidos se vaciaron en una base de datos, del programa Excel y utilizando posteriormente se realizó el análisis mediante el paquete estadístico SPSS y mediante la obtención de chi cuadrada la cual nos permitió graficar resultados.

IMPLICACIONES ÉTICAS

En la realización del presente estudio se respetaron los acuerdos de la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 los cuales mencionan lo siguiente:

6.-El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7.-La investigación médica está sujeta a Normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8.-Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Además, para la investigación es importante mencionar el **artículo 100** de la Ley General de Salud, el cual menciona: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación

Finalmente se señala que el proyecto sigue la normatividad vigente del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 2 de abril de 2014, en el título segundo capítulo primero “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, lo siguiente:

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

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;

III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo

y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, tomografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes residuales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico,

autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

III. Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

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

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;

V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables;

II. Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud.

III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 23.- Derogado

Artículo derogado DOF 02-04-2014

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico confidencialidad: esta norma establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico. Campo de aplicación Esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, para el caso no amerita elaboración y asentamiento de carta de consentimiento informado, ya que es un estudio no intervencionista y los datos requeridos se tomarán del expediente clínico, sin necesidad de entrevista con el paciente por el investigador

El investigador declara no existe conflicto de interés.

Todos los datos obtenidos se respetarán y serán confidenciales.

RESULTADOS

De los 108 pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular adscritos al hospital general con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita Coahuila, se realiza un tamaño de la muestra de 124 pacientes, todos cumplieron con los criterios necesarios para poder realizar el estudio, donde se revisa expediente clínico encontrándose que los pacientes incluidos en el estudio, 42 son del género femenino (33.9%) y 82 pacientes fueron del género masculino (66.1%) de la población en estudio representando el grupo más grande en esta categoría. **(Grafica 1)**

En el rango de edades de 26-40 años tenemos una frecuencia de 2 con un porcentaje de 1.6%, de 41-55 años una frecuencia de 17 con un porcentaje de 13.7%, de 56-70 años una frecuencia de 66 con un porcentaje de 53.2% representando el rango más grande en esta categoría y de mayores de 70 años una frecuencia de 39 y un porcentaje de 31.5%. **(Grafica 2)**

En lo referente al estado civil de los 124 pacientes, 95 pacientes (76.6 %) son casados, representando el grupo más grande de esta categoría, 19 pacientes (15.3%) son viudos y 10 pacientes (8.1%). son solteros **(Grafica 3)**

En relación con el grado de discapacidad motriz de los 124 pacientes se encontró que 15 pacientes presentan discapacidad nula (12.1%), 17 pacientes con discapacidad leve (13.7%), 41 pacientes con discapacidad moderada (33.1%), 32 pacientes con discapacidad grave (25.8%) y 19 pacientes con discapacidad muy grave (15.3 %). **(Grafica 4)**

Observamos que la contingencia entre la relación de edades y grado de discapacidad motriz, que en el rango de edades de 26 a 40 años tenemos un recuento de un paciente con discapacidad motriz moderada con frecuencia esperada de 0.7 y un 50% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz grave un paciente con frecuencia esperada de 0.5 con un 50% dentro de rango de edades.

En el rango de 41 a 55 años en discapacidad motriz nula se observa 3 pacientes con una frecuencia esperada de 2.1 con 17.6% dentro de rango de edades. En

discapacidad motriz leve 2 pacientes con una frecuencia esperada de 2.3 y un 11.8% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz moderada 4 pacientes con frecuencia esperada de 5.6 y un 23.5% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz grave 4 pacientes con una frecuencia esperada de 4.4 con 23.5% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz muy grave 4 pacientes con una frecuencia esperada de 2.6 y un 23.5% dentro de rango de edades.

En el rango de 56-70 años se observa en discapacidad nula 5 pacientes con una frecuencia esperada de 8.0 con un 7.6% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz leve 9 pacientes con una frecuencia esperada de 9.0 y un 13.6% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz moderada 20 pacientes con una frecuencia esperada de 21.8 y un 30.3% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz grave 19 pacientes con una frecuencia esperada de 17.0 y un 28.8% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz muy grave 13 pacientes con una frecuencia esperada de 10.1 y un 19.7% dentro de rango de edades.

En el rango de mayores de 70 años se observa en discapacidad motriz nula 7 pacientes con una frecuencia esperada de 4.7 y un 17.9% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz leve 6 pacientes con una frecuencia esperada de 5.3 y un 15.4% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz moderada 16 pacientes con una frecuencia esperada de 12.9 y un 41.0% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz grave 8 pacientes con una frecuencia esperada de 10.1 y un 20.5% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz muy grave 2 pacientes con una frecuencia esperada de 6.0 y un 5.1% dentro de rango de edades.

En total de recuento en discapacidad motriz nula es de 15 pacientes, con frecuencia esperada de 15.0 y 12.1% dentro de rango de edades.

En total de recuento de discapacidad motriz leve es de 17 pacientes, con una frecuencia esperada de 17.0 y un 13.7% dentro de rango de edades.

En total de recuento de discapacidad motriz moderada es de 41 pacientes, con una frecuencia esperada de 41.0 y un 33.1% dentro de rango de edades.

En total de recuento de discapacidad motriz grave es de 32 pacientes, con una frecuencia esperada de 32.0 y un 25.8% dentro de rango de edades.

En total de recuento de discapacidad motriz muy grave es de 19 pacientes, con una frecuencia esperada de 19.0 y un 15.3% dentro de rango de edades.

Dando un total de 124 pacientes con una frecuencia esperada de 124.0 y un 100% dentro de rango de edades. **(Tabla 4)**

Según la prueba de contingencia chi-cuadrada no presenta relación entre las variables de grado de discapacidad con rango de edad. **(Tabla 5)**

En relación de los 124 pacientes en estudio la contingencia de grado de discapacidad motriz con relación al sexo en los pacientes con enfermedad cerebrovascular observamos que en discapacidad motriz nula en el recuento hay un predominio del sexo masculino con 12 pacientes (14.6%) en comparación con el sexo femenino con 3 pacientes (7.1%), con un total de 15 pacientes (12.1%).

En discapacidad motriz leve hay un predominio de sexo femenino con 10 pacientes (23.8%) y 7 pacientes de sexo masculino (8.5%), con un total de 17 pacientes (13.7%).

En discapacidad motriz moderada predomina el sexo masculino con 27 pacientes (32.9%) en relación con el sexo femenino con 14 pacientes (33.3%), con un total de 41 pacientes (33.1%).

En discapacidad motriz grave predomina el sexo masculino con 23 pacientes (28.0%) en comparación con el sexo femenino con 9 pacientes (21.4%), con un total de 32 pacientes (25.8%).

En discapacidad motriz muy grave hay un predominio del sexo masculino con 13 pacientes (15.9%) en relación con el femenino con 6 pacientes (14.3%), en total con 19 pacientes (15.3%).

En recuento son 82 pacientes masculinos y 42 pacientes femeninos, en total 124 pacientes. **(Tabla 6)**

observamos aumento en relación con el sexo y la discapacidad motriz. Vemos como en la discapacidad nula, moderada, grave y muy grave hay un aumento en el sexo masculino y en discapacidad leve un aumento en el sexo femenino. **(Grafica 6)**

La prueba de contingencia chi-cuadrada no presenta una relación baja entre las variables de grado de discapacidad con sexo de los pacientes. **(Tabla 7)**

Observamos que en la contingencia entre el grado de discapacidad motriz y estado civil observamos lo siguiente: En grado de discapacidad motriz nula y el estado civil observamos que 2 pacientes son solteros 20.0%, 10 pacientes son casados 10.5% y 3 pacientes viudos 15.8%, en total 15 pacientes 812.1%.

En grado de discapacidad motriz leve se observa 1 paciente es soltero 10.0%, 14 pacientes casados 14.7% y 2 pacientes viudos 10.5%, en total 17 pacientes 13.7%.

En grado de discapacidad motriz moderada se observa 3 pacientes solteros 30.0%, 32 pacientes casados 33.7% y 6 pacientes viudos 31.6%, en total 41 pacientes 33.1%. **(Tabla 8)**

En el recuento se observó que en discapacidad motriz nula hay un aumento en pacientes casados seguido por pacientes viudos y por último pacientes solteros.

En discapacidad motriz leve también hay un aumento en pacientes casados, seguido por pacientes viudo y por último soltero.

Sobre discapacidad motriz moderada observamos un mayor aumento en pacientes casados, seguido por pacientes viudos y continua el soltero.

En discapacidad motriz grave se observa aumento en pacientes casados seguido por viudos y por último soltero.

En discapacidad motriz muy grave se continúa viendo el aumento en pacientes casados seguido por pacientes viudos. **(Grafica 7)**

Según la prueba de contingencia chi-cuadrada no presenta relación entre las variables de grado de discapacidad con estado civil. **(Tabla 9)**

TABLAS Y GRAFICAS

Estadísticos

Edad

N	Válidos	124
	Perdidos	0

De los 124 pacientes incluidos en el estudio, 42 son del género femenino (33.9%) y 82 pacientes fueron del género masculino (66.1%) de la población en estudio representando el grupo más grande en esta categoría.

GRAFICA 1: PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR POR SEXO ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA

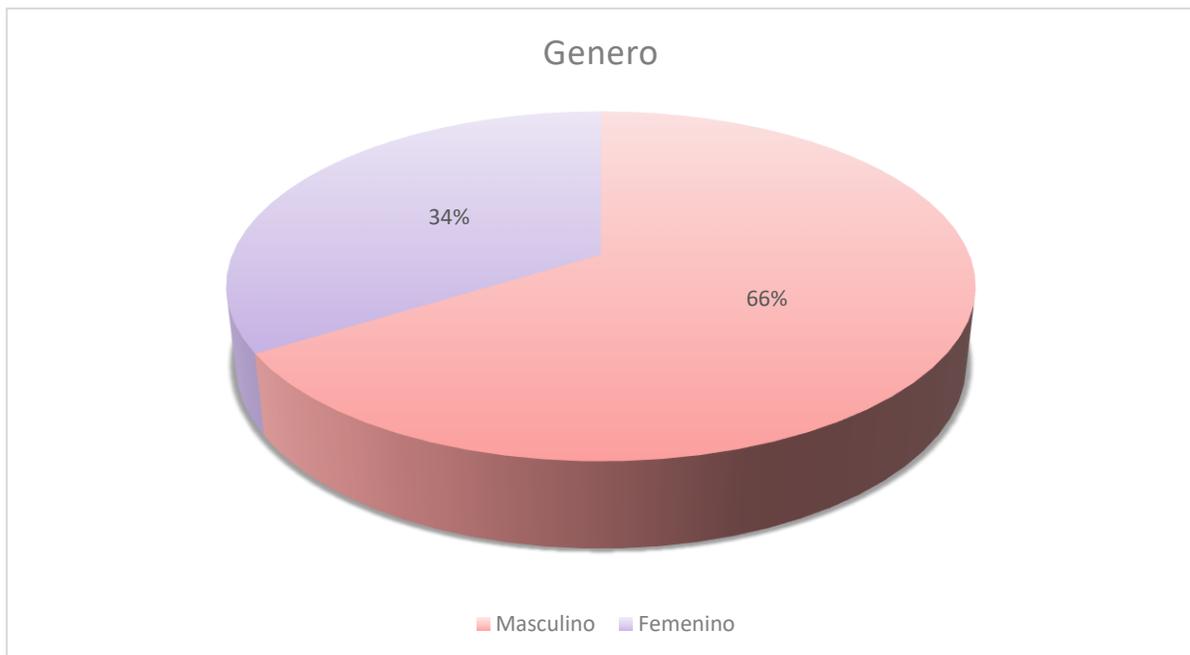


TABLA 1: EN RELACION CON EL SEXO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA.

Sexo

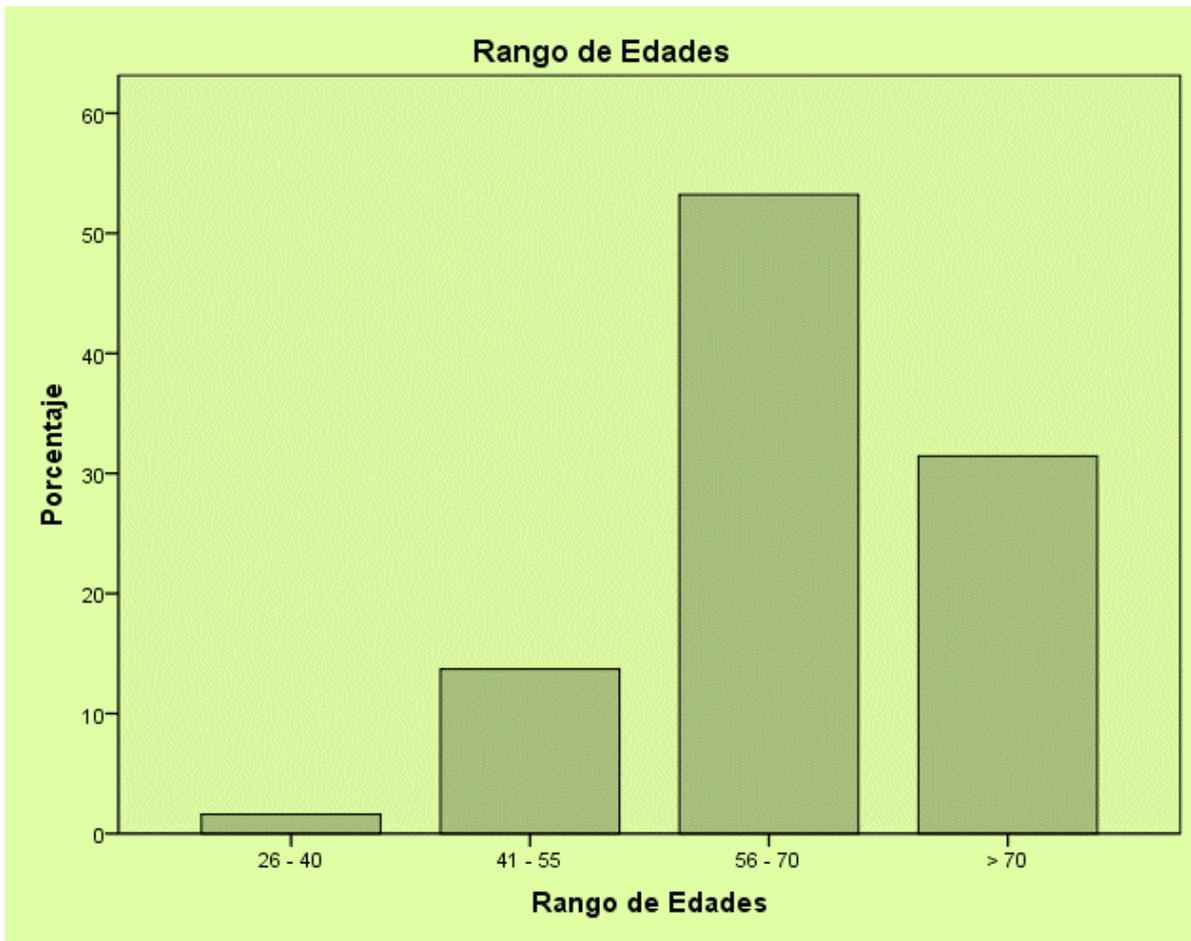
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	82	66.1	66.1	66.1
	Femenino	42	33.9	33.9	100.0
	Total	124	100.0	100.0	

Se observa que el sexo masculino está representado con un 66.1% con respecto al sexo femenino con un 33.9%.

Rango de Edades					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	26 - 40	2	1.6	1.6	1.6
	41 - 55	17	13.7	13.7	15.3
	56 - 70	66	53.2	53.2	68.5
	> 70	39	31.5	31.5	100.0
	Total	124	100.0	100.0	

TABLA 2: RANGO DE EDADES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA.

GRAFICA 2: RANGO DE EDADES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA



De los 124 pacientes con enfermedad cerebrovascular en el rango de edades de 26-40 años tenemos una frecuencia de 2 con un porcentaje de 1.6%, de 41-55 años una frecuencia de 17 con un porcentaje de 13.7%, de 56-70 años una frecuencia de 66 con un porcentaje de 53.2% representando el rango más grande en esta categoría y de mayores de 70 años una frecuencia de 39 y un porcentaje de 31.5%.

GRAFICA 3: ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA.



Estado civil

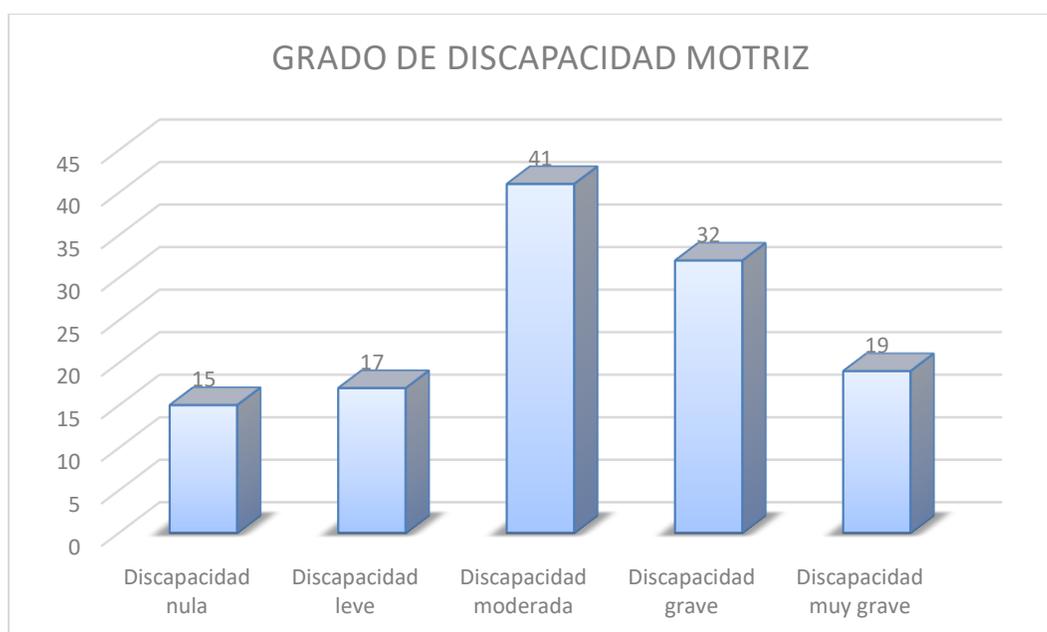
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	10	8.1	8.1	8.1
	Casado	95	76.6	76.6	84.7
	Viudo	19	15.3	15.3	100.0
Total		124	100.0	100.0	

TABLA 3: El estado civil de los 124 pacientes, nos presenta que 95 pacientes son casados, con el 76.6 % representando el grupo más grande de esta categoría, 19 pacientes son viudos con 15.3% y 10 pacientes son solteros con 8.1%.

TABLA 4: En relación con el grado de discapacidad motriz de los 124 pacientes se encontró que 15 pacientes presentan discapacidad nula (12.1%), 17 pacientes con discapacidad leve (13.7%), 41 pacientes con discapacidad moderada (33.1), 32 pacientes con discapacidad grave (25.8%) y 19 pacientes con discapacidad muy grave (15.3 %).

GRADO DE DISCAPACIDAD MOTRIZ

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Discapacidad nula	15	12.1	12.1	12.1
	Discapacidad leve	17	13.7	13.7	25.8
	Discapacidad moderada	41	33.1	33.1	58.9
	Discapacidad grave	32	25.8	25.8	84.7
	Discapacidad muy grave	19	15.3	15.3	100.0
	Total	124	100.0	100.0	



GRAFICA 4: Grado de discapacidad motriz en pacientes con enfermedad cerebrovascular adscrito al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita Coahuila.

Tabla 5: Contingencia de rango de edades con grado de discapacidad motriz en pacientes con enfermedad cerebrovascular adscrito al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita Coahuila.

Tabla de contingencia Rango de Edades * Grado de discapacidad

		Grado de discapacidad					Total
		Discapacidad nula	Discapacidad leve	Discapacidad moderada	Discapacidad grave	Discapacidad muy grave	
Rango de 26 - 40 Edades	Recuento	0	0	1	1	0	2
	Frecuencia esperada	.2	.3	.7	.5	.3	2.0
	% dentro de Rango de Edades	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
41 - 55	Recuento	3	2	4	4	4	17
	Frecuencia esperada	2.1	2.3	5.6	4.4	2.6	17.0
	% dentro de Rango de Edades	17.6%	11.8%	23.5%	23.5%	23.5%	100.0%
56 - 70	Recuento	5	9	20	19	13	66
	Frecuencia esperada	8.0	9.0	21.8	17.0	10.1	66.0
	% dentro de Rango de Edades	7.6%	13.6%	30.3%	28.8%	19.7%	100.0%
> 70	Recuento	7	6	16	8	2	39
	Frecuencia esperada	4.7	5.3	12.9	10.1	6.0	39.0
	% dentro de Rango de Edades	17.9%	15.4%	41.0%	20.5%	5.1%	100.0%
Total	Recuento	15	17	41	32	19	124
	Frecuencia esperada	15.0	17.0	41.0	32.0	19.0	124.0
	% dentro de Rango de Edades	12.1%	13.7%	33.1%	25.8%	15.3%	100.0%

Observamos que la contingencia entre la relación de edades y grado de discapacidad motriz, que en el rango de edades de 26 a 40 años tenemos un recuento de un paciente con discapacidad motriz moderada con frecuencia esperada de .7 y un 50% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz grave un paciente con frecuencia esperada de .5 con un 50% dentro de rango de edades.

En el rango de 41 a 55 años en discapacidad motriz nula se observa 3 pacientes con una frecuencia esperada de 2.1 con 17.6% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz leve 2 pacientes con una frecuencia esperada de 2.3 y un

11.8% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz moderada 4 pacientes con frecuencia esperada de 5.6 y un 23.5% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz grave 4 pacientes con una frecuencia esperada de 4.4 con 23.5% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz muy grave 4 pacientes con una frecuencia esperada de 2.6 y un 23.5% dentro de rango de edades.

En el rango de 56-70 años se observa en discapacidad nula 5 pacientes con una frecuencia esperada de 8.0 con un 7.6% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz leve 9 pacientes con una frecuencia esperada de 9.0 y un 13.6% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz moderada 20 pacientes con una frecuencia esperada de 21.8 y un 30.3% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz grave 19 pacientes con una frecuencia esperada de 17.0 y un 28.8% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz muy grave 13 pacientes con una frecuencia esperada de 10.1 y un 19.7% dentro de rango de edades.

En el rango de mayores de 70 años se observa en discapacidad motriz nula 7 pacientes con una frecuencia esperada de 4.7 y un 17.9% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz leve 6 pacientes con una frecuencia esperada de 5.3 y un 15.4% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz moderada 16 pacientes con una frecuencia esperada de 12.9 y un 41.0% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz grave 8 pacientes con una frecuencia esperada de 10.1 y un 20.5% dentro de rango de edades. En discapacidad motriz muy grave 2 pacientes con una frecuencia esperada de 6.0 y un 5.1% dentro de rango de edades.

En total de recuento en discapacidad motriz nula es de 15 pacientes, con frecuencia esperada de 15.0 y 12.1% dentro de rango de edades.

En total de recuento de discapacidad motriz leve es de 17 pacientes, con una frecuencia esperada de 17.0 y un 13.7% dentro de rango de edades.

En total de recuento de discapacidad motriz moderada es de 41 pacientes, con una frecuencia esperada de 41.0 y un 33.1% dentro de rango de edades.

En total de recuento de discapacidad motriz grave es de 32 pacientes, con una frecuencia esperada de 32.0 y un 25.8% dentro de rango de edades.

En total de recuento de discapacidad motriz muy grave es de 19 pacientes, con una frecuencia esperada de 19.0 y un 15.3% dentro de rango de edades.

Dando un total de 124 pacientes con una frecuencia esperada de 124.0 y un 100% dentro de rango de edades.

Grafica 5: Recuento entre discapacidad motriz y rango de edad en pacientes con enfermedad cerebrovascular adscrito al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita, Coahuila.

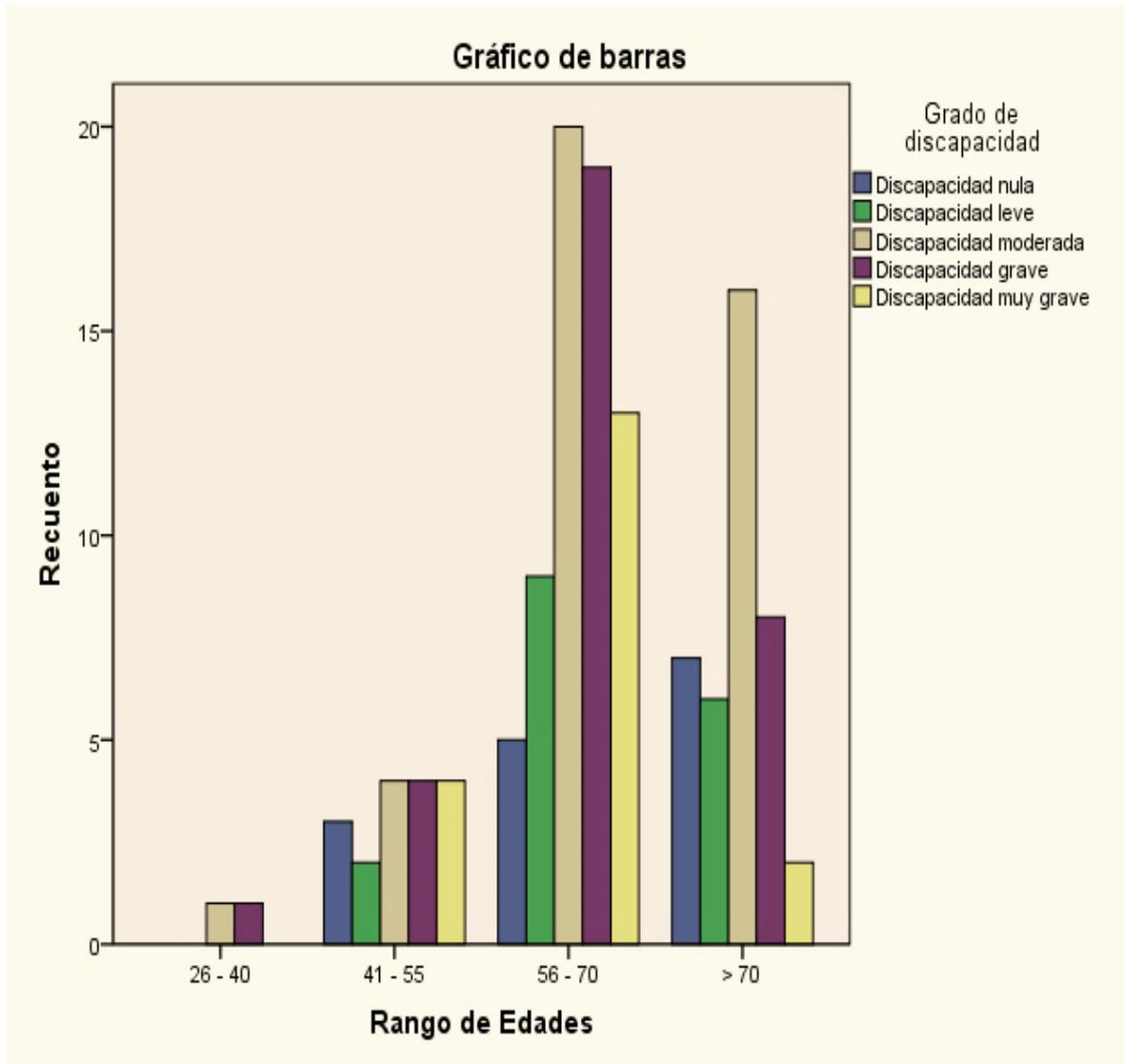


Tabla 6: Prueba de chi-cuadrado en los pacientes con enfermedad cerebrovascular adscrito al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita Coahuila.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.498 ^a	12	.572
Razón de verosimilitudes	11.953	12	.449
Asociación lineal por lineal	3.333	1	.068
N de casos válidos	124		

a. 10 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .24.

TABLA 7: Según la prueba de contingencia chi-cuadrada de Pearson no presenta relación entre las variables de grado de discapacidad con rango de edad.

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo R de Pearson	-.165	.086	-1.843	.068 ^c
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	-.186	.088	-2.087	.039 ^c
N de casos válidos	124			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Tabla 8: De contingencia entre el grado de discapacidad y sexo en pacientes con enfermedad cerebrovascular adscrito al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita Coahuila.

Tabla de contingencia Grado de discapacidad * Sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
Grado de discapacidad	Discapacidad nula	Recuento	12	3	15
		% dentro de Sexo	14.6%	7.1%	12.1%
	Discapacidad leve	Recuento	7	10	17
		% dentro de Sexo	8.5%	23.8%	13.7%
	Discapacidad moderada	Recuento	27	14	41
		% dentro de Sexo	32.9%	33.3%	33.1%
	Discapacidad grave	Recuento	23	9	32
		% dentro de Sexo	28.0%	21.4%	25.8%
	Discapacidad muy grave	Recuento	13	6	19
		% dentro de Sexo	15.9%	14.3%	15.3%
Total		Recuento	82	42	124
		% dentro de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%

En relación de los 124 pacientes en estudio la contingencia de grado de discapacidad motriz con relación al sexo en los pacientes con enfermedad cerebrovascular observamos que en discapacidad motriz nula en el recuento hay un predominio del sexo masculino con 12 pacientes (14.6%) en comparación con el sexo femenino con 3 pacientes (7.1%), con un total de 15 pacientes (12.1%).

En discapacidad motriz leve hay un predominio de sexo femenino con 10 pacientes (23.8%) y 7 pacientes de sexo masculino (8.5%), con un total de 17 pacientes (13.7%).

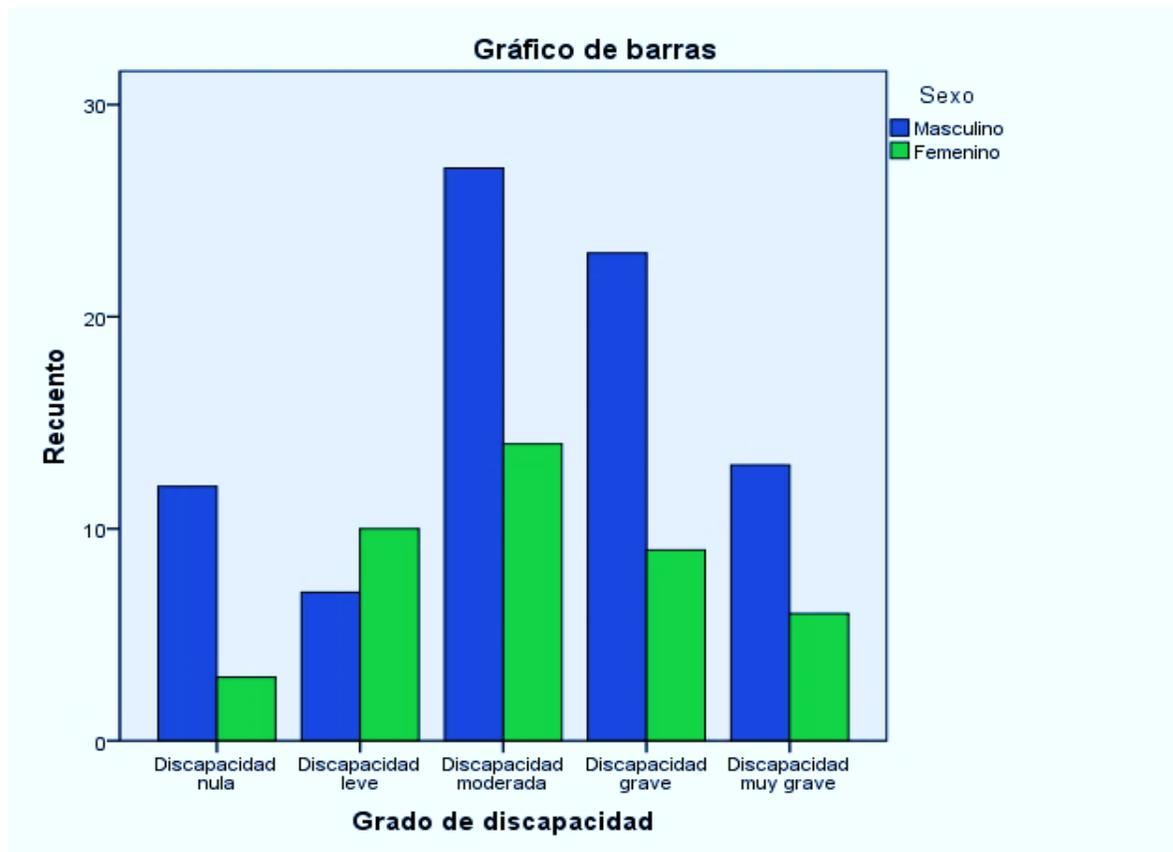
En discapacidad motriz moderada predomina el sexo masculino con 27 pacientes (32.9%) en relación con el sexo femenino con 14 pacientes (33.3%), con un total de 41 pacientes (33.1%).

En discapacidad motriz grave predomina el sexo masculino con 23 pacientes (28.0%) en comparación con el sexo femenino con 9 pacientes (21.4%), con un total de 32 pacientes (25.8%).

En discapacidad motriz muy grave hay un predominio del sexo masculino con 13 pacientes (15.9%) en relación con el femenino con 6 pacientes (14.3%), en total con 19 pacientes (15.3%).

En recuento son 82 pacientes masculinos y 42 pacientes femeninos, en total 124 pacientes.

Grafica 6: Recuento en relación con grado de discapacidad motriz y sexo de pacientes con enfermedad cerebrovascular adscrito al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita Coahuila.



En esta grafica observamos aumento en relación con el sexo y la discapacidad motriz. Vemos como en la discapacidad nula, moderada, grave y muy grave hay un aumento en el sexo masculino y en discapacidad leve un aumento en el sexo femenino

Tabla 9: Prueba de chi-cuadrado en los pacientes con enfermedad cerebrovascular adscrito al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita Coahuila.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.532 ^a	4	.163
Razón de verosimilitudes	6.349	4	.175
N de casos válidos	124		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5.08.

La prueba de contingencia chi-cuadrada de Pearson no presenta una relación baja entre las variables de grado de discapacidad con sexo de los pacientes.

Tabla 10: Contingencia en relación con grado de discapacidad motriz en pacientes con enfermedad cerebrovascular adscrito al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita Coahuila.

Tabla de contingencia Grado de discapacidad * Estado civil

			Estado civil			Total
			Soltero	Casado	Viudo	
Grado de discapacidad	Discapacidad nula	Recuento	2	10	3	15
		% dentro de Estado civil	20.0%	10.5%	15.8%	12.1%
	Discapacidad leve	Recuento	1	14	2	17
		% dentro de Estado civil	10.0%	14.7%	10.5%	13.7%
	Discapacidad moderada	Recuento	3	32	6	41
		% dentro de Estado civil	30.0%	33.7%	31.6%	33.1%
	Discapacidad grave	Recuento	4	22	6	32
		% dentro de Estado civil	40.0%	23.2%	31.6%	25.8%
	Discapacidad muy grave	Recuento	0	17	2	19
		% dentro de Estado civil	.0%	17.9%	10.5%	15.3%
Total	Recuento	10	95	19	124	
	% dentro de Estado civil	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Observamos que en la contingencia entre el grado de discapacidad motriz y estado civil observamos lo siguiente: En grado de discapacidad motriz nula y el estado civil observamos que 2 pacientes son solteros (20.0%), 10 pacientes son casados (10.5%) y 3 pacientes viudos (15.8%), en total 15 pacientes (12.1%).

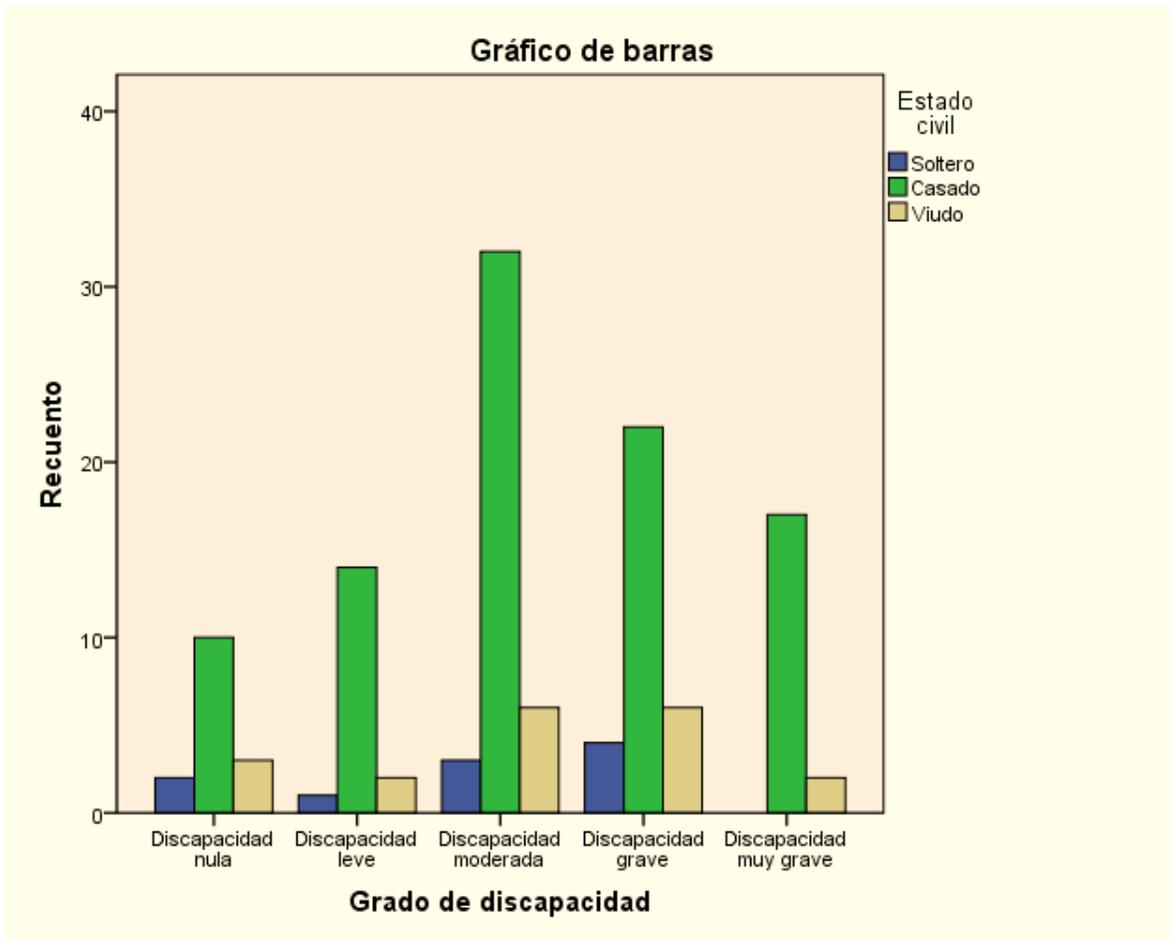
En grado de discapacidad motriz leve se observa 1 paciente es soltero (10.0%), 14 pacientes casados (14.7%) y 2 pacientes viudos (10.5%), en total 17 pacientes (13.7%).

En grado de discapacidad motriz moderada se observa 3 pacientes solteros (30.0%), 32 pacientes casados (33.7%) y 6 pacientes viudos (31.6%), en total 41 pacientes (33.1%).

En grado de discapacidad motriz grave observamos 4 pacientes solteros (40.0%), 22 pacientes casados (23.2%) y 6 pacientes viudos (31.6%), en total 32 pacientes (25.8%).

En grado de discapacidad motriz muy grave se observa 0 pacientes solteros (0%), 17 pacientes casados (17.9%) y 2 pacientes viudos (10.5%), en total 19 pacientes (15.3%).

Grafica 7: Recuento en relación con grado de discapacidad motriz y estado civil de pacientes con enfermedad cerebrovascular adscritos al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita, Coahuila.



En el recuento nos damos cuenta que en discapacidad motriz nula hay un aumento en pacientes casados seguido por pacientes viudos y por último pacientes solteros.

En discapacidad motriz leve también hay un aumento en pacientes casados, seguido por pacientes viudo y por último soltero.

Sobre discapacidad motriz moderada observamos un mayor aumento en pacientes casados, seguido por pacientes viudos y continua el soltero.

En discapacidad motriz grave se observa aumento en pacientes casados seguido por viudos y por último soltero.

En discapacidad motriz muy grave se continúa viendo el aumento en pacientes casados seguido por pacientes viudos.

Tabla 11: Prueba de chi-cuadrado en los pacientes con enfermedad cerebrovascular adscrito al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita Coahuila.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.802 ^a	8	.778
Razón de verosimilitudes	6.155	8	.630
N de casos válidos	124		

a. 9 casillas (60.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.21.

Según la prueba de contingencia chi-cuadrada de Pearson no presenta relación entre las variables de grado de discapacidad con estado civil.

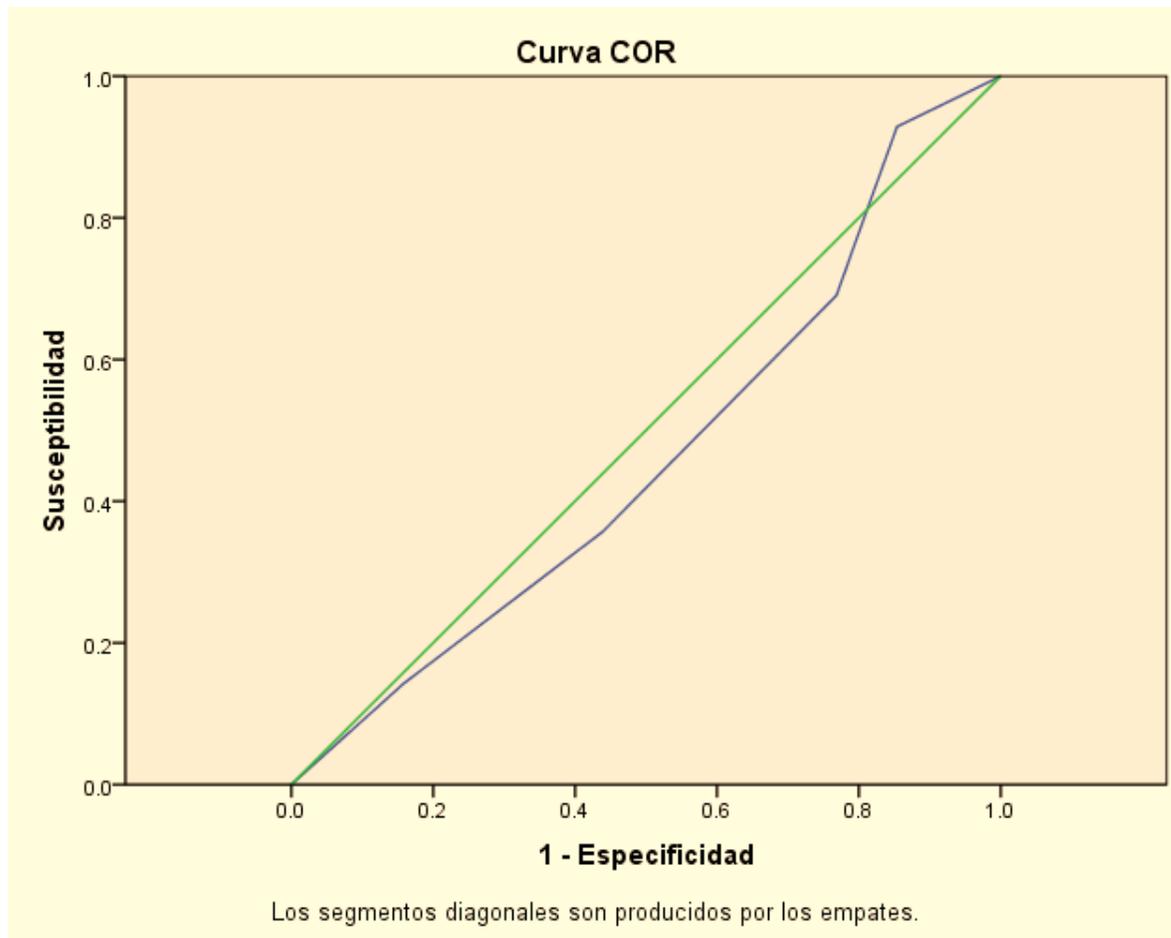
Estadísticos

Grado de discapacidad

N	Válidos	124
	Perdidos	0
Media		3.19
Mediana		3.00
Moda		3

TABLA 12: Observamos que en el grado de discapacidad en el estudio realizado presento una media de 3.19, una mediana de 3.00 y una moda de 3.

Grafica 8: Susceptibilidad y especificidad en los pacientes con enfermedad cerebrovascular adscrito al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita Coahuila



Variables resultado de contraste: Grado de discapacidad

Área	Error típ. ^a	Sig. asintótica	Intervalo de confianza asintótico al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
.464	.054	.514	.357	.571

La variable (o variables) de resultado de contraste: Grado de discapacidad tiene al menos un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Los estadísticos pueden estar sesgados.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

DISCUSION

Según la OMS la enfermedad cerebrovascular es un problema de gran implicación social, económico y de salud pública. Ocurre en personas mayores a 65 años y los afectados son hombres. Es la cuarta causa de discapacidad ajustada por años de vida.

En nuestro estudio demostramos que los pacientes con enfermedad cerebrovascular con mayor prevalencia están en el rango de edades de 56 a 70 años con un porcentaje de 53.2%, y una prevalencia en el género masculino con un porcentaje de 66.1% en comparación con el sexo femenino con un 33.9%. En un estudio realizado en Guayaquil, Colombia refiere que esta diferencia se debe básicamente a una presentación del evento cerebrovascular más tardía en la mujer, y a una mayor expectativa de vida en ella. Nuestro estudio concuerda ya que el porcentaje presentado de evento cerebrovascular en mujeres es de 33.9%

Por lo que resulta probable como la causa más generalizada de invalidez severa y su ocurrencia se desarrolle con la edad.

Según la prueba de contingencia chi-cuadrada de Pearson no presenta relación entre las variables de grado de discapacidad con estado civil. Por lo que el estado civil del paciente no es condicionante para presentar un evento cerebrovascular, pero si para una rehabilitación adecuada.

Pero observamos un aumento en pacientes con enfermedad cerebrovascular con estado civil casado, en cada uno de los niveles de discapacidad motriz, es un factor importante ya que permite contar con el apoyo de parte de la familia puede disminuir las secuelas en el paciente.

Hay un aumento en presentar la enfermedad cerebrovascular en paciente mayores de 70 años teniendo un total de 39 pacientes con estado civil viudez los cuales cuentan con pocas redes de apoyo.

En un estudio realizado en ciudad Ibarra en Ecuador nos refiere que las discapacidades físicas común en los supervivientes de accidente cerebro vascular es simultáneo o secundario a la enfermedad, temporal o permanentemente, causa daños en las actividades de la vida diaria como alimentarse, vestirse, cuidado de higiene personal, uso de electrodomésticos, uso de transporte, en nuestro estudio se muestra que de los 124 pacientes se encontró que 15 pacientes presentan discapacidad nula; 17 pacientes con discapacidad leve; 41 pacientes con discapacidad moderada; 32 pacientes con discapacidad grave y 19 pacientes con discapacidad muy grave.

Se ha presentado un incremento de eventos cerebrovasculares en países como Rusia, China e India entre la población más joven. En nuestro estudio se presentó un aumento en el rango de edades 41-55 a 17 pacientes, que puede deberse al estilo de vida y la alimentación. Esto conlleva a una modificación familiar además de tener un impacto económico significativo para la familia y el sistema de salud, no sólo por la atención requerida, sino también por el proceso de rehabilitación que se debe seguir y en ocasiones por la imposibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana.

Nos refieren que a nivel mundial será la cuarta causa de discapacidad y encabezará la carga mundial de morbilidad para enfermedades crónico no transmisibles. En nuestro estudio encontramos que en la discapacidad motriz nula hay un predominio del sexo masculino con 14.6%, en comparación con el sexo femenino con un 7.1%, en discapacidad motriz leve hay un predominio de sexo femenino con el 23.8% y del sexo masculino 8.5%, en discapacidad motriz moderada predomina el sexo masculino con 32.9% en relación con el sexo femenino con el 33.3%, discapacidad motriz grave predomina el sexo masculino con un 28.0% en comparación con el sexo femenino con un 21.4% y por último en discapacidad motriz muy grave hay un predominio del sexo masculino con un 15.9%, en relación con el femenino con el 14.3%.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio el cual se realizó al observar en expediente clínico el grado de discapacidad motriz que presentan los pacientes con enfermedad cerebrovascular adscrito al hospital general de zona con medicina familiar 24 del IMSS Nueva Rosita, Coahuila, concluimos que hay un aumento en el sexo masculino, en relación con el femenino, se presenta más en edad productiva y con un estado civil casado, lo que es importante ya que cuentan con redes de apoyo siendo el principal la familia para evitar secuelas y aumento en la rehabilitación, evitar la deserción y reintegración a su trabajo.

Nos damos cuenta que hay un aumento de la enfermedad en pacientes jóvenes, solteros y con discapacidad motriz de moderada a grave.

Así como que, en mayores de 70 años, viudo presentan un grado de discapacidad motriz muy grave ya no contando con redes de apoyo, las cuales son importantes para su rehabilitación

Por lo anterior se concluye que al valorar la importancia del grado de discapacidad motriz posterior a un accidente cerebrovascular observaremos la funcionalidad del paciente la cual le permita o no continuar con sus labores.

Concluimos que en edades jóvenes el riesgo de discapacidad es menor comparado con pacientes arriba de 65 años.

RECOMENDACIONES

Es importante conocer el grado de discapacidad motriz de los pacientes con enfermedad cerebrovascular adscrito en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 24 en Nueva Rosita Coahuila, porque la mayoría son trabajadores activos.

Conocer el estado civil nos ayudara para saber si cuentan con redes de apoyo y evitar secuelas en pacientes en edad productiva y con esto evitar la deserción de estos pacientes en rehabilitación y así poderse reintegrar a la sociedad y a su trabajo de forma rápida.

Como la mayoría de los pacientes que presentan enfermedad cerebrovascular son del sexo masculino con estado civil casado, siendo este un factor importante para su recuperación e incorporación, y así se podrá evitar alteraciones en los roles familiares.

Es importante identificar los factores de riesgo y realizar las acciones anticipatorias en cada consulta con el fin de promover acciones y orientar al paciente para identificar de manera precoz cualquier alteración que conlleve a una discapacidad motriz.

BIBLIOGRAFIA:

1. World Health Organization. Recommendations on stroke prevention, diagnosis and therapy. Report of the who task force on stroke and other cerebrovascular disorders. Stroke 1989; 20(10):1407,1431. <https://europepmc.org/abstract/med/2799873>
2. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Accidente Cerebrovascular: Esperanza en la investigación 2016(actualizado 2017). <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.STR.0000237236.88823.47>
3. González Piña R, Landinez Martínez D. Epidemiología, Etiología y Clasificación de la 2016 pg. 498. <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273849945026.pdf>
4. Sleira P I, Esparragoza R. Enfermedades Cerebrovasculares. Hemorragia Cerebral. Medicine- Programa de Formación Médica. Vol.12 Issue 70, January 2019 págs. 4075-4084. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219300010>
5. Ramírez Ramírez G. Mortalidad por Accidentes Cerebrovasculares Enfermedad Vascolar Cerebral. Archivos de Medicina Versión Corregida en el Hospital Clínico Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín, Holguín Cuba, 2012-2017. C. vol. 23 no1 Holguín ene-mar 2019. <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v23n1/1560-4381-ccm-23-01-159.pdf>
6. Miñano Z, Heyder R. Factores de Riesgo de Accidente Cerebrovasculares en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Durante el Año 2018. Repositorio.upsjb.edu.pe 2019 <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2164>
7. Anaya MC, Herrera E. Efecto Inmediato de la Crioterapia sobre la Excitabilidad Refleja en Personas con Espasticidad Post-ECV. Rev. Univ. Ind. Santander Salud 2016; (48) (4); 496-507. <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343847934008.pdf>
8. Garza Longoria R, Maldonado Mancilla J. Incidencia de Enfermedad Cerebrovascular en un Servicio de Medicina Interna. Medicina Interna de México. 2018 vol.34 no.6 <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n6/0186-4866-mim-34-06-874.pdf>

9. Martínez Rubio Carlos F. Bayona Ortiz Hernán F. Factores Relacionados con Desenlace Adverso para Ataque Cerebrovascular en un Hospital de Bogotá. Estudios de casos y controles. Acta Neurol Colomb. 2018 Vol 34, n 2, pg. 115-122. <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v34n2/0120-8748-anco-34-02-00115.pdf>
10. P. Contreras J, Pérez O. Figueroa N. Enfermedad cerebrovascular en mujeres: estado del arte y visión del cardiólogo. Revista Colombiana de Cardiología. Vol. 25, Suplemente I. January 2018, Pg. 113 - 119. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302978>
11. Linares C L, Llanio González R. Ictus Isquémico en Pacientes Mayores de 60 años atendidos en el Hospital dr. León Cuervo Rubio. Revista Universidad Médica Pinañera Enero-Abril 2019;15(1):3-12. <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/562>
12. Choreño-Parra J, Carnalla-Cortés M. Enfermedad Vascular Cerebral Isquémico: revision extensa de la bibliografía para el medico de primer contacto. Med Int Mx, 2019 enero-febrero;35(1):61-79. https://scholar.google.com.mx/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Enfermedad+Vascular+Cerebral+Isquémica%3A+revision+extensa+de+la+bibliografía+para+el+medico+de+primer+contacto&btnG=
13. Adonay O. Ortiz García, Raidel González Rodríguez. Caracterización Epidemiológica del Envejecimiento poblacional en un área de salud. Octubre a Diciembre 2017. Panorama Cuba y salud2018;13 46-420 <http://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/990>
14. Chusan de la Rosa E. Complicaciones Evento Cerebrovascular en Pacientes Diabeticos Población Adulto Mayor. 2018 repositorio. Ug.edu.ec Pag. 27 <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30491/1/CD%202276-%20ERICK%20CHUSAN%20DE%20LA%20ROSA.pdf>
15. Gaudio J, Graña D. Epidemiológica del Ataque Cerebro Vascular En un Hospital Universitario. Rev. Urug, Med. Int. Vol 4 no 2 Montevideo July 2019. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v4n2/2393-6797-rumi-4-02-24.pdf>
16. Godoy D, Piñero G, Cruz-Flores, Alcalá Cerra G. Infarto Hemisférico Maligno de la Arteria Cerebral Media. Consideraciones Diagnósticas y Opciones Terapéuticas. Neurología. (internet) 2016, Jun (citado: 1/04/2018;

31(5):332-343.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485313000546>

17. Miranda Pariona A. Factores Determinantes en el Tiempo de Llegada de Pacientes con Enfermedad Cerebrovascular Isquémico al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion Año 2017. Repositorio. upsjb. Edu 2018
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1593>
18. Benavides Bautista P, Lincoln Sánchez V. Diagnóstico, Imagenología y accidente Cerebro Vascular. *Enferm. Inv.* 2018 3 (sup)77-83
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6282836>
19. Carranza Vara O. Perfil del Paciente con Accidente Cerebrovascular en el Servicio de Neurología Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015. Repositorio Académico Universidad de San Martín de Porres 2018 Lima Perú. <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3336>
20. R Lozano, F Franco-Marina, P Solís. México y el Reto de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. El Laboratorio También Juega un Papel Importante. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio. Rev. Latinoamer. Patol. Clin.* 2018; 65 (1).
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79689>
21. Parada Barroso Y, H. Córdoba Y, Mesa Barrera Y. Evolución de la Enfermedad Cerebrovascular Isquémica Aguda en Pacientes con Síndrome Metabólico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas Versión on-line* ISSN 1729-519 Rev. Habana. *cienc. med.* vol. 17 no.3 La Habana mayo - junio 2018. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n3/1729-519X-rhcm-17-03-396.pdf>
22. Málaga G, De la Cruz-Saldaña T. Las Enfermedades Cerebrovasculares en el Perú. Estado Actual y Perspectivas de Investigación Clínica. *Acta Médica Peruana* Vol. 35 no.1 Lima Ene.2018.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n1/a08v35n1.pdf>
23. Reyes HDL, Hernández NH. Factores Pronóstico de Mortalidad Intrahospitalaria en Pacientes con Enfermedad Cerebrovascular Hemorrágica. *Acta Médica del Centro* Vol 13 No.1 2019.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2019/mec191c.pdf>

24. Chang Segura J. Descripción del Desenlace Clínico de los Pacientes Con Enfermedad Cerebrovascular Egresados Del Servicio de Neurología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en el Periodo de Abril del 2009 a octubre del 2016. Repositorio sibdi.ucr.ac.cr 2018. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/6150/1/43106.pdf>
25. Ayala López G, Haro Acosta M. Años Laborales Perdidos en la Enfermedad Vascolar Cerebral por Invalidez en Baja California México. Revista C de Salud y Trabajo Vol. 20 No 2 (2019). <http://www.revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/106>
26. Casana Peña L. Influencia del Entrenamiento del Cuidador Familiar en la Calidad de Vida del Paciente con Enfermedad Cerebrovascular. 2019. Dspace.unitru.edu.pe pg. 1-2 <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11699>
27. Katan M, Luft A. Carga Global de Accidente Cerebrovascular. Semin. Neurol. 2018; 38(2): 208:211.
28. Mendieta PMD, Bender BJE. Mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular en Mayores de 60 años en Mayabeque 2011-2017, Revista de Ciencias Médicas de la Habana 2018;25 (2). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81574>
29. Reyes SP, Lautaro Badilla O. Daniel Andreu, Valentina Besa. Experiencia en el tratamiento endovascular del accidente cerebrovascular Isquémico agudo en un Centro chileno. Rev. Med. Chile 2018;146: 708-716. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n6/0034-9887-rmc-146-06-0708.pdf>
30. Olguin Trejo C, Trejo Hernández A. Grado de Conocimiento que Tienen los Pacientes con Hipertensión Acerca del Accidente Vascular Cerebral Como Posible Complicación de su Enfermedad y su Capacidad de Autocuidado. Lux Medica Vol 3 Núm.38 (2018). <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/832>
31. S. Raj sic, H.H Barba, G. Sroczynski, J. Vujicic. Carga Económica del Accidente Cerebrovascular: una revision sistemática sobre la atención posterior al accidente cerebrovascular La Revista Europea de Economía de la Salud. Feb. 2019 Vol. 20 No. 1 pp. 107-134.

32. Revelo Reyes HM. Estudio del Impacto del Accidente Cerebrovascular en la Funcionalidad de Pacientes Atendidos en las Areas de Rehabilitación Física del Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Ibarra 2016. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8446>
33. Rodríguez A, González Y, Portal G Valera Y. Caracterización de las enfermedades cerebrovasculares en Trinidad 2012. Morfovirtual (en línea) 2014 citado 31 de Diciembre 2017.1(1):2-12. <http://morfovirtual2014.sld.cu/index.php/Morfovirtual/2014/paper/viewFile/5/33>
34. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Valoración de las Situaciones de Minusvalia. Primera Edición 2000.

GRADO DE DISCAPACIDAD MOTRIZ EN PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA.

ANEXO

Baremo se utiliza para la calificación del grado de discapacidad. Establece normas para la evaluación de las consecuencias de las enfermedades de acuerdo con el modelo propuesto por la clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía de la OMS.

Determinación de las deficiencias debidas a pérdida de fuerza y déficit motores causados por trastornos de los nervios periféricos

GRADO	Descripción de la función muscular BAREMO	
5	Movimiento activo contra la gravedad con resistencia total.	
4	Movimiento activo contra la gravedad con cierto grado de resistencia.	
3	Movimiento activo sólo contra la gravedad, sin resistencia.	
2	Movimiento activo sin gravedad.	
1	Leve contracción sin movimiento.	
0	Ausencia de contracción.	

Procedimiento de evaluación.

Grado 1: Discapacidad nula. Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria.

Grado 2: Discapacidad leve. Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas.

Grado 3: Discapacidad moderada. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado.

Grado 4: Discapacidad grave. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las AVD, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.

Grado 5: Discapacidad muy grave. Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las actividades de vida diaria.

sdfdsf



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 506.
H GRAL ZONA -MF- NUM 24

Registro COFEPRIS 17 CI 05 032 070
Registro CONBIOÉTICA

FECHA Jueves, 31 de octubre de 2019

Dra. CARMEN EDITH RODRIGUEZ CASTILLO

PRESENTE

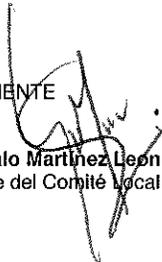
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **GRADO DE DISCAPACIDAD MOTRIZ EN PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24 DEL IMSS NUEVA ROSITA COAHUILA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2019-506-015

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. Gonzalo Martínez León
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 506



IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL