



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS



Dra. Jennifer Hernández Franco
Encargada de la Dirección de la Unidad de Medicina Familiar Número 21 IMSS
"Francisco Del Paso Y Troncoso"

Dra. Alejandra Palacios Hernández
Encargada de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
de la Unidad de Medicina Familiar Número 21 IMSS
"Francisco Del Paso Y Troncoso"

Dra. Alyne Mendo Reygadas
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
de la Unidad de Medicina Familiar Número 21 IMSS
"Francisco Del Paso Y Troncoso"

ASESOR DE TESIS



Dra. Alyne Mendo Reygadas
Especialista en Medicina Familiar
Matricula: 99386975

Adscripción: Unidad De Medicina Familiar Número 21 Instituto Mexicano del Seguro Social
Lugar De Trabajo: Consulta Externa De Medicina Familiar
Teléfono: 5557686000 Extensión 21407 Fax: Sin Fax
Correo electrónico: mfalynemendor@gmail.com



ÍNDICE

RESUMEN.....	6
MARCO TEORÍCO	7
DEFINICIÓN.....	7
EPIDEMIOLOGÍA.....	9
JUSTIFICACIÓN	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
HIPÓTESIS	24
HIPÓTESIS DE TRABAJO	24
OBJETIVOS	25
OBJETIVO GENERAL:.....	25
OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	25
HIPÓTESIS	26
HIPÓTESIS DE TRABAJO	26
VARIABLES.....	27
DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	28
CRITERIOS DE SELECCIÓN	32
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	32
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	32
METODOLOGÍA.....	33
TIPO DE ESTUDIO	33
MATERIAL Y MÉTODOS	34
LUGAR Y PERIODO DE ESTUDIO:.....	35
UNIVERSO DE TRABAJO:	35
POBLACIÓN DE ESTUDIO:.....	35
UNIDAD DE OBSERVACIÓN:.....	35
UNIDAD DE ANÁLISIS:.....	35
CONTROL DE CALIDAD.....	36
MUESTREO	38
SELECCIÓN DE LA MUESTRA EN ESTUDIO.....	38
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	38
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	40

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD	40
DECLARACIÓN DE HELSINKI.....	41
CÓDIGO DE NUREMBERG	41
CIOMS	41
INFORME BELMONT.....	42
CÓDIGO DE BIOÉTICA EN MEDICINA FAMILIAR (IMSS)	42
CONSENTIMIENTO INFORMADO	43
CONFLICTO DE INTERESES.....	44
RECURSOS	45
RECURSOS MATERIALES:.....	45
RECURSOS HUMANOS:	45
RECURSOS ECONÓMICOS:.....	45
FINANCIAMIENTO:.....	45
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	46
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	47
RESULTADOS	48
BASE DE DATOS:.....	48
TABLAS Y GRÁFICOS:.....	50
DISCUSIÓN.....	56
SUGERENCIAS	59
CONCLUSIONES.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	61
ANEXOS.....	64
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:.....	64
TRÍPTICO INFORMATIVO	68

RESUMEN

“GRADO DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DE 50 A 84 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”

Hernández Aguilar Brenda¹, Mendo Reygadas Alyne²

¹Residente De Segundo Año En La Especialidad Médica De Medicina Familiar.

²Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS.

Antecedentes:

Las enfermedades cerebro vasculares representan un problema de alto impacto a nivel mundial en el ámbito social y sanitario; secundario a las secuelas funcionales que generan, mismas que son dependientes de la severidad y la evolución del daño neurológico.

El Accidente cerebro vascular isquémico forma parte de los principales problemas de salud mundial considerado como la tercera causa de muerte y la primera causa de discapacidad funcional en el adulto, lo cual condiciona limitaciones que deterioran la calidad de vida del paciente.

Objetivo:

Evaluar el grado de dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria en pacientes de 50 a 84 años con antecedente de accidente cerebro vascular tipo isquémico, adscritos a la UMF No 21 “Francisco Del Paso Y Troncoso”

Material y métodos:

Estudio transversal, descriptivo y observacional, que se llevara a cabo en la Unidad de Medicina Familiar N° 21 “Francisco Del Paso Y Troncoso”, mediante la aplicación del índice de Barthel a pacientes de 50 a 84 años con antecedente de Accidente Cerebro Vascular Isquémico.

Recursos e infraestructura:

Se cuenta con los recursos humanos y materiales presentes en la unidad necesarios para realizar esta investigación.

Experiencia de grupo:

Los investigadores cuentan con la experiencia en asesoría metodológica y han participado como asesores de tesis de médicos residentes para la obtención del grado de especialidad en Medicina Familiar.

Tiempo a desarrollarse:

Se realizará durante el periodo comprendido entre abril del 2022 a agosto del año 2022.

MARCO TEORÍCO

DEFINICIÓN

La enfermedad vascular cerebral isquémica incluye el Accidente Cerebro Vascular (ACV) Isquémico y el ataque isquémico transitorio; diferenciados por la duración del evento y diferencias en los hallazgos radiológicos; el primero que condiciona un deterioro neurológico y de manera secundaria genera limitaciones en las actividades de la vida diaria del paciente; mientras que el segundo se caracteriza por una recuperación rápida de las funciones.¹

Se considera a la enfermedad cerebrovascular como la primera causa neurológica de discapacidad; correspondiendo al 80% de los eventos cerebrovasculares al de tipo isquémico; el cual se abordará en este proyecto.¹

El ACV Isquémico tiene una presentación predominante en personas mayores a los 65 años; se estima que el 60% de los casos predominan en el género masculino; la hipertensión arterial sistémica es el factor que predomina en pacientes con ACV isquémico, más los asociados a otras enfermedades vasculares como tabaquismo activo, obesidad, sedentarismo, diabetes mellitus, alcoholismo, estrés, depresión, antecedente de infarto agudo al miocardio, fibrilación auricular y dislipidemia.¹

Establecer un tratamiento de manera oportuna en las primeras 4.5 horas proporcionará al paciente una oportunidad de limitar el daño neuronal; esto es tan importante ya que la supervivencia a 30 días se encuentra alrededor de un 80%, sin embargo, más de la mitad de los pacientes permanecen con deterioro neurológico.¹

A pesar de los protocolos actualizados que se han implementado a nivel mundial, más de dos tercios de los pacientes con ACV Isquémico generan secuelas que además de deteriorar su calidad de vida, condicionan repercusiones de gran impacto a nivel social, económico, de salud y en la calidad de vida del paciente, por lo que implementar una terapia de rehabilitación adecuada, de calidad, oportuna y conformada por un equipo especializado lograra la mejor recuperación posible del paciente destinada a lograr alcanzar una mejoría del estado físico, cognitivo, emocional, social y funcional.²

Las enfermedades cardiovasculares repercuten de manera directa al afectado, a nivel familiar, social y en el ámbito económico de manera muy significativa secundario a las secuelas generadas en los pacientes, sobre todo las permanentes. Aunado a este problema, es importante recordar que atravesamos por un envejecimiento de la población, lo cual se asocia de manera estrecha al aumento en la prevalencia de casos de Accidente Cerebro Vascular. Actualmente se considera a la función física como uno de los factores importantes para determinar el nivel en la calidad de vida y estado de salud de los individuos; por lo que la valoración de la función física se ha convertido en una evaluación imprescindible en centros de rehabilitación. Además de determinar la capacidad funcional, también se debe evaluar la necesidad de implementar apoyo para los cuidados personales y evaluar la eficacia de los tratamientos.³

La evaluación inicial de paciente con EVC isquémico debe ser igual a la de cualquier otro paciente crítico; así como es de vital importancia realizar una valoración inicial del daño neurológico clínicamente para así establecer un pronóstico inicial, identificando algún grado de déficit motor o sensitivo ante la evidencia de apraxias, agnosias, paresias, ataxia o alteraciones en la cara y extremidades.¹

Durante la etapa aguda o intrahospitalaria es necesario recurrir a manejo multidisciplinario y especializado, ya que existe evidencia la cual demuestra que la Rehabilitación se debe implementar tan pronto como sea posible y que el paciente pueda tolerarla, al menos a las 24 horas de haberse presentado el evento; con una frecuencia de por lo menos 3 horas al día.²

Durante la etapa subaguda y crónica o post hospitalaria la rehabilitación deberá realizarse de acuerdo al grado de deterioro y dependencia de cada paciente en particular. Por ejemplo, los pacientes con elevado daño neurológico y alto grado de dependencia, son necesarias intervenciones de manera más periódica asistida por personal médico, personal de enfermería e intervenciones terapéuticas con asistencia en centros de rehabilitación. En pacientes con intermedio o mínimo grado de dependencia funcional, podrá implementarse rehabilitación ambulatoria; lo cual puede significar menores costos y riesgo de readmisión hospitalaria.²

En cualquier caso, deberá asegurarse el compromiso de cada paciente y apoyo de un familiar/cuidador a la Rehabilitación, ya que esto garantizara mejores resultados, teniendo en cuenta que se trata de un manejo dinámico, de complejidad variada, de larga evolución y que se deberá encontrar en constate supervisión y evaluación para determinar tiempo o modificaciones de la misma. Se recomienda que, en los casos de Rehabilitación ambulatoria, las mismas se deben realizar durante 2-5 días a la semana por al menos 2 meses. Las evaluaciones deberán realizarse de manera periódica al menos cada 30 días.²

Es importante enfatizar que cuanto antes se inicie la Rehabilitación, mejores serán los resultados de independencia funcional; además de la importancia que tiene una adecuada implementación y apego al manejo para así evitar regresión de alguna secuela. Además de que las secuelas en conjunto con la edad de presentación del accidente cerebro vascular y en caso de presentar complicaciones intrahospitalarias, forman un factor fuertemente asociado de manera significativa a mortalidad.⁴

Se sugiere limitar la rehabilitación aquellos pacientes con enfermedad terminal, poca probabilidad de supervivencia o demencia previa al accidente cerebro vascular.²

Existen múltiples escalas para evaluar el grado de secuelas neurológicas; en este proyecto, se utilizará como instrumento de evaluación el Índice de Barthel o también denominado Índice de discapacidad de Maryland, el cual evalúa la capacidad de una persona para realizar actividades físicas de la vida diaria. El índice Barthel fue propuesto en el año de 1955, comenzó a aplicarse en hospitales de enfermos crónicos de Maryland para evaluar la capacidad en la función sobre todo en aquellos con trastornos neuromusculares y musculoesqueléticos, sin embargo, se publicó por primera vez hasta 1965. Actualmente es la mejor escala para valorar las Actividades Básicas de la Vida Diaria y con ello determinar el grado de dependencia funcional.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de las enfermedades cerebrovasculares a nivel mundial es de 200 casos por cada 100 000 habitantes al año; con una prevalencia de 600 casos por cada 100 000 habitantes. Actualmente y estimado por la Organización Mundial de la Salud, se considera al Accidente Cerebro Vascular como la tercera causa de muerte a nivel mundial, correspondiendo al 10% de los fallecimientos en promedio. La incidencia y prevalencia de los ACV de tipo Isquémico se justifica por la presencia de los factores de riesgo cardiovasculares enunciados en los estudios de Framingham, tales como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipidemia, la obesidad, el tabaquismo, etc. Se reporta en estudios de mortalidad que existen aproximadamente 62 millones de sobrevivientes de Accidente Vascular Cerebral en todo el mundo, al menos la tercera parte viviendo con discapacidad funcional secundaria a las secuelas neuromusculares y musculoesqueléticas.⁵

En Latinoamérica se reporta mayor incidencia de Accidentes Cerebro Vasculares isquémicos. Además, se ha cobrado interés por el riesgo de recurrencia, el impacto en el incremento de la mortalidad y la discapacidad que ocasiona, todo lo anterior generando una alta e importante demanda en el uso de los servicios de salud y uso de los recursos económicos destinados al sector salud.⁴

En México, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía también reportó que, de los casos atendidos en su institución, el 65% corresponde a los ACV de tipo isquémico.

El Accidente Cerebral Vascular se considera dentro de las principales causas de discapacidad en adultos, sobre todo por la variedad de secuelas que genera, tales como lo son las físicas, cognitivas, conductuales y emocionales; las cuales repercuten no solo al paciente, si no al cuidador, al ámbito social, económico y de salud.

En México, se reporta que aproximadamente más de la mitad de las personas que sobreviven a Accidente Vascular Cerebral, llegan a presentar discapacidad grave hasta después de 30 días el evento. Es importante identificar el riesgo de recurrencia y la prevalencia de secuelas, dado que estos escenarios pueden modificar el pronóstico de los pacientes y así mismo definir el impacto social y económico.

En pacientes mexicanos con seguimiento mayor a 3 años, atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, se estudiaron las secuelas con mayor prevalencia posterior a Accidente Vascular Cerebral: Secuelas físicas, Secuelas psicológicas y Secuelas cognitivas.⁴

Las enfermedades cerebrovasculares representan un problema de alto impacto a nivel mundial en el ámbito social y sanitario; secundario a las secuelas funcionales que generan, mismas que son dependientes de la severidad y a evolución del daño neurológico.

Sin embargo, en el grupo etario de más de 70 años prevalecen las cifras más elevadas de muerte por Accidente Cerebrovascular a nivel mundial, lo que supone un reto para los sistemas de salud, debido al fenómeno de envejecimiento poblacional en las próximas décadas.⁵

El Accidente cerebro vascular isquémico forma parte de los principales problemas de salud mundial considerado como la tercera causa de muerte y la primera causa de discapacidad funcional en el adulto; así como la segunda causa de demencia., lo cual condiciona limitaciones que deterioran la calidad de vida del paciente.⁶

Al aplicar escalas que determinen la capacidad funcional de las personas, podemos obtener el grado de dependencia en los individuos y relacionarlo con el impacto, seguimiento y efectividad de los programas de rehabilitación.⁷

Es importante definir el pronóstico de un paciente cuando es dado de alta, en base al daño neurológico; para posterior a las intervenciones de rehabilitación y tratamiento de sostén continuar con una evaluación periódica de la discapacidad física.

Desde la perspectiva de la rehabilitación, el accidente cerebro vascular isquémico es una importante causa de discapacidad física y cognitiva, generando deterioro funcional a largo plazo lo cual se traduce en un elevado grado de dependencia de terceros, repercutiendo también en el aspecto familiar y comunitario.

De manera general, los supervivientes a un episodio de ACV isquémico presentan limitaciones para ejecutar con autonomía las actividades básicas de la vida diaria. La recuperación es lenta y no siempre la rehabilitación es garantía de obtener mejores condiciones.⁸

El accidente cerebrovascular isquémico tiene un impacto económico significativo para la familia y sistema de salud no solo en la atención inicial requerida, sino también en el proceso de rehabilitación el cual deberá ser continuo y en ocasiones sin garantía de recuperación por las secuelas permanentes lo que condiciona la imposibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana. También se generan limitantes para reincorporarse a la actividad laboral, limitantes de reinserción social y condiciona cambios en la dinámica familiar.⁹

Los casos de ACV isquémico han estado aumentando en países de ingresos bajos y medios, así en conjunto con el crecimiento de la población que envejece, lo que resulta en un marcado aumento de casos en riesgo no solo de generar discapacidad física, sino que también implica problemas cognitivos y psicológicos, así como situaciones que generan repercusiones a nivel económico, familiar y social.

A pesar de que se ha observado que la mayor parte de la recuperación motora después de un accidente cerebro vascular ocurre dentro de los primeros 3 meses, se ha reportado mejoría en meses posteriores.

Dentro de las secuelas más reportadas a largo plazo de aproximadamente 6 años se ha visto persistencia en la fuerza muscular sobre todo de miembros superiores, lo que condiciona una mayor dependencia funcional del paciente.

Respecto al deterioro cognitivo se han reportado mejorías desde los primeros 3 meses hasta 3 años posteriores al evento.¹⁰

Como de manera habitual la mayoría de las mejoras neurológicas y funcionales suceden dentro de los primeros tres meses después de un accidente cerebrovascular y se ha demostrado que la recuperación de las funciones y actividades corporales dependiente del tiempo disminuye significativamente en 10 semanas después del accidente cerebrovascular, la fase posaguda se vuelve significativamente importante para tratamientos de rehabilitación y otros tratamientos de intervención.

El accidente cerebrovascular causa una variedad de déficits funcionales, como como deterioro cognitivo y del lenguaje, disfunción sensoriomotora, trastorno del estado de ánimo e incontinencia.¹¹

La Calidad de vida, es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades.

Dentro de la calidad de vida intervienen indicadores como lo son la salud física y mental, y referente a los pacientes con Accidente cerebro vascular, se incluyen también factores psicosociales, situación general de vida, de bienestar, la red de apoyo social y la economía.⁶

La repercusión que ocasiona un antecedente de Accidente Vascular Cerebral Isquémico en la calidad de vida del paciente, es significativamente negativa, secundario a la afección en todos los ámbitos del individuo; pues genera una limitante en el desarrollo de sus actividades cotidianas de manera física, mental y que repercute también en el ámbito familiar y social.⁶

La presencia de una discapacidad condiciona limitaciones para la ejecución de las Actividades básicas de la Vida Diaria como lo son el cuidado y aseo personal, la alimentación, el vestirse y otras actividades cotidianas.

Se considera minusvalía o limitación social a toda desventaja social en una persona secundario a padecer una discapacidad que lo limita a realizar una actividad normal para su edad, ambiente social y cultural.⁶

La Medicina Física y de Rehabilitación interviene de manera esencial para apoyar en el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad inicial; así mismo el objetivo de la misma, será lograr el poder mantener o generar una regresión de las capacidades funcionales e independencia como sea posible.⁸

Existen diferentes índices para evaluar la capacidad funcional: escalas de actividades de la vida diaria, escalas instrumentales de la vida diaria y escalas de minusvalía:

El índice de Barthel valora las Actividades Básicas de la Vida Diaria, para evaluar el grado de discapacidad y medir dependencia funcional y movilidad en pacientes con padecimientos crónicos y de rehabilitación, así mismo es capaz de arrojar un pronóstico funcional del paciente.

Se aplica de manera periódica y para implementar los cuidados necesarios en base al grado de limitación.⁶

El índice de Barthel una evaluación fácil de aplicar al paciente o al cuidador, no genera molestias, se adapta a diferentes ámbitos culturales y ha servido de sustento para la comparación de otras escalas.

Puede ser aplicado por profesionales o no de la salud. Los resultados reflejan a menor puntuación mayor dependencia funcional y a mayor puntuación más independencia.

Para la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, especificadas por Lawton y Brody existen escalas destinadas a enfermedades cerebrovasculares, como el índice de actividades de Hamrin, el índice de actividades de Frenchay y la escala de Nottingham ampliada, sin embargo, solo la de Frenchay ha sido útil en pacientes con antecedente de accidente cerebro vascular.⁶

Una forma de evaluar la capacidad funcional de la persona es a partir de la aplicación del Índice de Barthel (IB), el cual es un instrumento que evalúa las actividades básicas de la vida diaria, desarrolladas por Mahoney y Barthel en 1965, el cual evalúa la independencia del paciente para realizar 10 ABVD.⁷

Al evaluar este tipo de actividades se le asignan puntos por cada actividad que realice de forma independiente o con algún grado de ayuda que precise, puntuándose de 0 a 100, en el cual las actividades a evaluar son las siguientes:

- ❖ Capacidad de alimentarse,
- ❖ Capacidad de vestirse,
- ❖ Capacidad de arreglarse,
- ❖ Capacidad de bañarse,
- ❖ Control de esfínter anal
- ❖ Control de vesical
- ❖ Capacidad ir al retrete,
- ❖ Capacidad de trasladarse del sillón a la cama,
- ❖ Capacidad de deambular,
- ❖ Capacidad de subir escaleras,

A su vez, esta herramienta no solo permite el estado de salud de la persona, sino que es útil en los casos que se pretende registrar de forma rutinaria la evolución de aquellos pacientes en

los cuales se encuentran sometidos a programas de rehabilitación.⁷

La puntuación de dependencia será dada de la siguiente manera:

Máxima puntuación: 100 puntos, 90 si usa silla de ruedas:

- ◆ Dependencia Total \leq Menor a 20
- ◆ Dependencia Grave 20-35

- ◆ Dependencia Moderada 40-55
- ◆ Dependencia Leve ≥ 60
- ◆ Independiente 100

El índice de Barthel considerado desde sus inicios una medida simple, ya que la obtención e interpretación de los datos se fundamentó en bases empíricas. Al aplicar esta herramienta, arroja información que se puede analizar mediante la puntuación global o permitiendo ser más específico, evaluando la deficiencia específica que se presenta en determina actividad.⁷

El estado funcional de un individuo ha sido comprendido como las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales. Para este contexto el término “funcional” debe ser comprendido como aquel elemento que permite identificar el grado de dependencia que puede desarrollar un individuo, a partir de las actividades de la vida diaria y de la deambulaci3n.⁷

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son definidas como “conjunto de actividades primarias, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros”.⁷

El equipo de salud que va intervenir en la rehabilitaci3n, deber3 siempre consignar el nivel de afecci3n inicial tanto en el aspecto funcional como en la percepci3n de la calidad de vida del paciente.⁸

Se determin3 el grado de dependencia funcional mediante el índice de Barthel a una poblaci3n de 56 pacientes con antecedente de ACV Isquémico en un hospital local de Sudamérica, donde se observ3 que más del 70% de los pacientes presentaron cierto grado de dependencia, predominando grado moderado y que solo 9 pacientes eran independientes, es decir tan solo el 16.1% de la muestra.¹²

En ese mismo estudio se obtuvieron resultados de repercusi3n económica, donde los pacientes autónomos y con dependencia leve mostraban gastos menores al 50% del ingreso mensual familiar; mientras que los pacientes con dependencia moderada, grave y total requerían más del 50% de su ingreso mensual para el sustento de la enfermedad.

Estos resultados se traducen en que en menor grado de dependencia es más posible llegar a la recuperaci3n de la enfermedad y menor probabilidad de generar secuelas, lo que es favorable en el aspecto económico a nivel familiar, social y de salud.¹²

El índice de Barthel continúa siendo aplicado en unidades intrahospitalarias, unidades de convalecencia y centros de rehabilitaci3n, considerado como el instrumento más adecuado para evaluar la incapacidad para realizar actividades de la vida diaria.¹²

Las diferencias que pudieran existir entre los grados de dependencia funcional en un mismo paciente son secundarios a la evaluaci3n periódica y modificada por intervenciones de rehabilitaci3n.¹²

La cuesti3n de que si los pacientes deben o no quedar en desempleo también será estimada en base al grado de dependencia y por lo tanto a expensas de las secuelas que generen discapacidad tras un ACV Isquémico que por lo general son los factores que intervienen para

que una persona deje de realizar sus actividades laborales; situación que también es motivo en el aumento del número de desempleados y jubilados, por lo consiguiente las discapacidades afectan de manera negativa la calidad de vida de los pacientes y en conjunto a la sociedad.¹²

También se ha reportado que aquellos pacientes con un grado funcional independiente posterior al evento agudo, presentan mejor pronóstico a largo plazo comparado a aquellos que desde su alta hospitalaria presentaban un alto grado de dependencia funcional; algunos de los factores predictores para un mejor pronóstico que se han identificado son el nivel emocional, la condición física y la participación en la rehabilitación.

Por lo que se ha tomado importancia en determinar el grado de dependencia en cada paciente posterior al evento para determinar el pronóstico y poder brindar la rehabilitación.

Dentro de los factores predictores significativos que se han identificado en pacientes con adecuada funcionalidad independiente se encuentran en común los factores no modificables tales como el sexo, la edad y el tipo de accidente cerebro vascular; mientras que los factores predictores en pacientes con dependencia funcional importante se incluyen principalmente los factores modificables como recurrencia de accidente cerebro vascular, antecedente de depresión y factores de riesgo cardiovascular.

Es decir, se considera de gran relevancia detectar, prevenir y dar manejo a estos factores para así reducir de manera inicial la carga de accidentes cerebro vasculares.¹⁰

Afección neurológica:

Se ha asociado un mayor deterioro neurológico en relación a una menor efectividad de la recuperación funcional tras haber sufrido un accidente cerebro vascular, considerando la fase aguda como la crónica en la etapa de rehabilitación.

Se ha observado una evolución hacia la mejoría durante la fase crónica posterior a fisioterapia rehabilitadora.⁶

Estado funcional:

La presencia de alguna discapacidad, es decir restricción o pérdida de la capacidad de llevar a cabo alguna actividad considerada como normal para cualquier humano, puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible.

Dentro de estas se generan las hemiparesias, déficit motor, disartria o ataxia.⁶

Dentro de los déficits neurológicos que más predominan tras un ACV isquémico, son los trastornos de la marcha; por lo cual se recomienda implementar una terapia rehabilitadora intensiva y repetitiva, tales como actividades de transferencia (silla-cama o cama-silla), colocarse de pie, sentarse, subir escaleras, movilizarse y girar sobre su propio eje. Existen también terapias de circuito en donde el paciente va realizando ejercicios por distintas estaciones.

La caminata asistida también se considera útil en etapas muy tempranas al menos los primeros 3 meses posteriores al evento.²

En la evaluación de la marcha de pacientes con hemiplejía, se observa asimetría del paso y disminución en la velocidad.

Se ha observado que posterior a una intervención de rehabilitación en la marcha puede obtenerse recuperación de la misma, casi logrando simetría de la marcha y mejor rendimiento de la actividad física, al lograr conseguir con mejor ejecución y coordinación los movimientos, así como el equilibrio estático y dinámico.⁸

Al iniciar de manera oportuna la rehabilitación, deben especificarse al paciente y sus cuidadores, las modificaciones necesarias en el hogar, así como el posible uso de dispositivos y sillas de ruedas, todo ello para facilitar y aumentar la participación en la rehabilitación y mejorar la calidad de vida.²

En cuanto a la rehabilitación motora de miembros superiores, todos los pacientes deberán ser instruidos de las tareas habituales de la vida diaria con o sin instrumentos y entrenamientos combinados para lograr fortalecimiento de las extremidades superiores.²

Destacan dentro de las limitaciones funcionales la espasticidad, trastorno motor donde se generan limitaciones en la velocidad y resistencia para ejecutar algún movimiento. Esta afección repercute negativamente de manera significativa para la recuperación funcional; así como genera debilidad y falta de coordinación. Mismo que de no implementarse una rehabilitación oportuna, reduce la calidad de vida.⁸

La Disfagia es otro trastorno que genera riesgo de aspiración, desnutrición, deshidratación, pérdida de peso y por consiguiente disminución de la calidad de vida.

La evaluación de la deglución y estado nutricional debe realizarse tan pronto como sea posible tras el evento agudo y se reevaluara cada semana, para determinar la vía de administración de los alimentos.

Se recomiendan ejercicios de deglución y modificaciones dietéticas en base a la evolución del paciente.²

Dentro del deterioro cognitivo, secuelas como la limitación para comunicarse y escribir generan afección a la calidad de vida, secuela que se presenta en más de la mitad de los pacientes; lo cual puede progresar de manera desfavorable en caso de recurrencias a nuevos eventos cerebrovasculares.⁶

Aproximadamente hasta el 80% de los pacientes con antecedente de ACV isquémico experimentan algún grado de deterioro cognitivo de manera clásica y preocupante el desarrollo de demencia vascular, lo cual interfiere de manera negativa en todo el proceso de rehabilitación, limita la participación en actividades sociales y dificulta el retorno laboral en caso de serlo; todo esto generando consecuencias negativas a nivel emocional, familiar y socioeconómico.²

El iniciar una rehabilitación de manera oportuna, pronostica en la mayoría de los pacientes una mejora en su rendimiento cognitivo durante los primeros 3 meses hasta al menos el primer año. La rehabilitación cognitiva tiene como objetivo el restablecimiento de las funciones visual-espaciales y memoria; y deberá realizarse en conjunto con la actividad física y el entrenamiento de las actividades de la vida diaria.

De manera inicial deberá evaluarse la velocidad de procesamiento, atención, lenguaje, comunicación, habilidades visuales-espaciales, percepción y memoria.²

La rehabilitación intensiva de los trastornos del lenguaje resulta ser benéfica, aunque no existe un tiempo e intensidad definitiva de la terapia.

Se recomienda incluir el entrenamiento de familiares y acompañantes, también la participación en grupos con pacientes en similares condiciones.²

La Rehabilitación que consiste en terapia ocupacional, que tiene como principal objetivo mejorar las actividades de la vida diaria (AVD); y la fisioterapia, que tiene como objetivo el equilibrio, la marcha y el movimiento, y terapia del habla y el lenguaje, también tiene como objetivo mejorar dificultad para la comunicación y la deglución, por lo cual es de suma importancia implementar todas estas intervenciones posteriores al evento.¹¹

Se reporta mayor prevalencia de accidente cerebro vascular en pacientes mayores, a su vez asociado a peor pronóstico tras el evento agudo y una menor capacidad en respuesta al tratamiento rehabilitador y por lo tanto mayor grado de dependencia.⁶

El factor social y económico es de gran importancia para garantizar una mejor respuesta a la terapéutica de rehabilitación. El costo económico genera repercusiones al sistema de salud en cualquier etapa del tratamiento.⁶

Es tiempo de aparición del evento asociado a la intervención terapéutica de manera oportuna también definirá el pronóstico en la calidad de vida del paciente.⁶

La depresión es una de las condiciones neuropsiquiátricas más comunes, lo cual también repercute el estado funcional del paciente ya que también se puede asociar a ansiedad y estrés que dificultan el recuperar su independencia física.⁶

Se ha asociado mayor afección en pacientes con lesiones del hemisferio derecho, donde las emociones, sentimientos, conducta, atención y memoria influyen con predominio. Las lesiones del hemisferio izquierdo se asocian al incremento de síntomas depresivos.⁶

La diabetes mellitus es una de las comorbilidades de gran asociación a factores de riesgo cardiovascular que influyen en la calidad de vida del paciente tras presentar un ACV isquémico, por lo que la reducción de peso y los cambios en los hábitos alimenticios pueden conducir a un mejor pronóstico.⁶

La hipertensión arterial sistémica es el factor de riesgo más prevalente que afecta a los pacientes, de los cuales más de la mitad cuentan con dislipidemia asociada, así como obesidad y tabaquismo activo, todos factores modificables que condicionan menor severidad ante el control de los mismos.

Aproximadamente el 30 % de los pacientes con Accidente cerebro vascular tipo isquémico generan discapacidad visual, siendo la hemianopsia, la diplopía, estrabismo, disminución de la agudeza visual ptosis, anisocoria y nistagmo los más frecuentes.

Posterior al evento puede ocurrir una recuperación parcial o total, sin embargo, la mayoría de los pacientes sufren discapacidad permanente lo que condiciona reducción en la calidad de vida y aislamiento social.⁶

También la pérdida en el control de los esfínteres vesical y fecal es considerada una de las secuelas más frecuentes, que genera limitación en las actividades de la vida diaria.

Conlleva repercusiones en el estado de ánimo de cada paciente y a nivel familiar y social.

Para que la rehabilitación posterior a un accidente cerebrovascular sea más eficaz, es necesario realizar una evaluación integral de la función en cada paciente.¹¹

La asistencia familiar o del cuidador primario es tan importante para la evolución del paciente durante la etapa de rehabilitación, así como el Identificar factores familiares de riesgo y poder establecer programas que también aporten un soporte al cuidador.⁶

El tratamiento en el aspecto de la rehabilitación incluye el compromiso en la participación de paciente, cuidadores y equipo de rehabilitación.²

La evidencia de ensayos clínicos respalda la premisa de que el inicio temprano de la terapia mejora la recuperación de accidente cerebrovascular debido a la obtención de mejores y más beneficios para la neuro plasticidad y en la funcionalidad, sobre todo en los casos más severos donde una recuperación funcional se vuelve más complicada.

Algunos estudios proponen que la rehabilitación del accidente cerebrovascular es más eficaz y mejora los resultados funcionales si se inicia incluso temprano, es decir al menos dentro de los tres a 30 días posteriores al accidente cerebrovascular.

También se ha demostrado que la rehabilitación en pacientes donde se inicia los primeros 20 días, tuvo mejores y significativos resultados.

Esto puede mejorar la progresión y pronosticó de las funciones motoras en los pacientes. Independiente al tipo de accidente cerebro vascular, el instaurar de manera oportuna en el manejo con rehabilitación es un factor importante que va intervenir en la recuperación posterior al evento agudo, como lo es iniciar de manera temprana la fisioterapia.

Se puede recurrir a la rehabilitación convencional en combinación con dispositivos de nueva tecnología para lograr un mejor equilibrio en los pacientes con hemiparesias.¹³

El momento del comienzo temprano de la rehabilitación es importante en la recuperación posterior al accidente cerebrovascular.

Se ha demostrado que los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico en general demuestran mejoría durante los 3 meses de seguimiento según lo evaluado en tres escalas neurológicas y funcionales, es decir, NIHSS, escala de Rankin modificada e Índice de Barthel.¹⁴

Una gran proporción de pacientes se recuperó de dependencia severa de las actividades diarias básicas al momento de la admisión y a una discapacidad leve o moderada que requiera ayuda en tres meses. La mejoría es más pronunciada entre pacientes con accidente cerebrovascular menos grave, es decir, NIHSS 10 a 14, que los que son más severos.

Si bien no es óptima, muchos estudios de neuroimagen han mostrado un aumento en la recuperación al aumentar la intensidad de la terapia.

Las pautas canadienses sobre accidentes cerebrovasculares recomiendan 3 horas al día de terapia directa para tareas específicas, 5 días a la semana. Un estudio español demostró que la mejora de la velocidad al caminar después de un programa de rehabilitación multimodal se asocia con un aumento de movilidad comunitaria y mejor calidad de vida.¹⁴

El interés en proporcionar rehabilitación en entornos grupales y potencialmente en un entorno favorable clínicamente ha aumentado.

Tales recomendaciones pueden proporcionar la oportunidad de optimizar la recuperación de los pacientes con ictus, especialmente cuando el cerebro está "preparado" por la rehabilitación y combinado con comportamientos o intervenciones que promueven neuro restauración.¹⁴

En general, los pacientes con accidente cerebrovascular demostraron una recuperación funcional y neurológica durante los 3 años posteriores al evento.

La mejora funcional parece ser similar entre los pacientes afectados de forma moderada y más grave durante los primeros 3 meses posteriores al evento.

Si bien la recuperación de un accidente cerebrovascular se describe frecuentemente como complejo y multifactorial, se ha demostrado durante mucho tiempo que la gravedad inicial del accidente cerebrovascular está relacionada con los resultados a largo plazo. Más recientemente, los estudios sugieren que el grado de la recuperación es proporcional a los déficits o función perdida.¹⁴

Un estudio mostró que el avance en el progreso de las funciones y actividades corporales en las primeras 6 a 10 semanas después del inicio del accidente cerebrovascular, y rehabilitación temprana después del accidente cerebrovascular se alcanza casi hasta en un 42 %. Se ha demostrado que se correlaciona con un mejor resultado funcional.¹¹

De manera general, la recuperación en ancianos es menor a comparación a otras personas, más sin embargo existen casos excepcionales de personas muy mayores que consiguen una recuperación mayor a la esperada.

Uno de los factores determinantes a esta condición es la capacidad de reserva del cerebro, es decir, la ausencia de un daño preexistente.

Por lo que aquellas personas que habrían mantenido un activo y más saludable estilo de vida antes de presentar un accidente cerebro vascular isquémico, se recuperan particularmente mejor tras el evento.

Considerando desde esta situación una lesión previa en el cerebro tiene mayor repercusión que la edad del paciente para influir sobre el pronóstico.¹⁴

Los pacientes con severidad moderada muestran un patrón consistente con la hipótesis de que la recuperación es dependiente de la gravedad, ya que aquellos pacientes con accidentes cerebrovasculares más graves se recuperaron mucho menos. Se sabe que los pacientes con ictus espontáneamente recuperarse más durante los primeros tres meses después de un accidente cerebrovascular, aunque a diferentes velocidades y grados para diferentes valores de referencia severidad.¹⁴

Si la hipótesis es cierta, la recuperación posterior al accidente cerebrovascular puede ser mucho más simple, y la principal estrategia terapéutica para el accidente cerebrovascular sería reducir la gravedad del accidente cerebrovascular al inicio, que es el objetivo de revascularización y neuro protección.¹⁴

La mayoría de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico sobrevive al evento inicial, pero continúa al vivir con una discapacidad significativa durante muchos años. Por lo tanto, es importante complementar las estrategias de intervención aguda que reducen el daño cerebral con estrategias de fase post aguda que pueden influir a largo plazo recuperación.¹⁴

Las terapias restaurativas tienen como objetivo aprovechar la neuro reparación y pueden ser accesibles para una gran fracción de pacientes con accidente cerebrovascular y, por lo tanto, mantener el objetivo de reducir los déficits y mejorar la función de la mayoría de los supervivientes de un accidente cerebrovascular.

Sumado a la gravedad inicial del accidente cerebrovascular isquémico, se encuentra la edad y el sexo, ambos factores no modificables, para ser predictivo de resultados funcionales, Así mismo, existe asociación entre intervenciones, es decir, revascularización aguda y rehabilitación post aguda en la mejora de los resultados.

Respecto a la rehabilitación, los pacientes que no la reciben, se estima debería ser el mínimo porcentaje, el cual se considera un factor clave en la gestión de la recuperación global y sigue siendo una de las recomendaciones terapéuticas más importantes en la práctica después de un ictus.

En México se cuenta con diferentes instituciones y programas gubernamentales para la atención integral de la discapacidad que han sido creados en atención a las recomendaciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud, los cuales abordan la inclusión de los discapacitados en el ámbito social y laboral y así continuar con la implementación de medidas de accesibilidad y también lograr la participación de diferentes sectores de la sociedad para conseguir una mayor posibilidad de reintegrar a los pacientes a su vida cotidiana.⁹

El accidente cerebro vascular isquémico es una emergencia médica en la que cada minuto cuenta. El logro de la reperfusión puede revertir los déficits neurológicos, incluso si son graves, y permitir que los pacientes recuperen la función.¹⁵

Al considerarse el Accidente Cerebro Vascular, siendo el isquémico el tipo más común, como la segunda causa principal de muerte y uno de los principales contribuyentes a la discapacidad en todo el mundo, se continúa trabajando de manera simultánea en el tratamiento, y la atención posterior al ictus; ya que se ejerce un impacto sustancial en las familias, el sistema sanitario y la economía. Es probable que las mejoras en la atención preclínica y clínica respalden el éxito en el tratamiento, recuperación, rehabilitación y prevención del accidente cerebrovascular.¹⁶

El tratamiento adecuado del accidente cerebrovascular isquémico es esencial en la reducción de la mortalidad y morbilidad. El manejo del accidente cerebrovascular implica un enfoque multidisciplinario que comienza y se extiende más allá del ingreso hospitalario. Se cree que la movilización temprana es de gran importancia para maximizar la recuperación funcional y la independencia.¹⁷

Se cree que la rehabilitación mejora aún más esta fase dinámica posterior al ictus y ayuda a los pacientes a obtener mecanismos compensatorios para las discapacidades restantes. Los datos muestran que incluso en la UCI pacientes, rehabilitación temprana e intensidad de la rehabilitación las sesiones se asociaron con un mejor resultado funcional.¹⁷

Mediante ensayos de Rehabilitación muy temprana posterior a un accidente cerebrovascular se ha logrado demostrar que la movilización muy temprana (<24 horas después del accidente cerebrovascular) y frecuente asociado a sesiones de rehabilitación prolongadas dieron como resultado una reducción favorable.¹⁷

El accidente cerebrovascular es una de las principales causas de muerte y discapacidad a largo plazo en todo el mundo y su carga social es enorme en términos de discapacidad y mortalidad. Los enfoques terapéuticos personalizados pueden intervenir aún más en los factores adversos en cuanto al tipo de accidente cerebro vascular, el tiempo de evolución, el inicio de terapia farmacológica y la implementación de terapia de rehabilitación oportuna; para mejorar aún más los resultados a nivel neurológico y de manera subsecuente la funcionalidad de los pacientes.¹⁸

Además, se estima que más de un tercio de las personas que presentan accidentes cerebrovasculares tienen una discapacidad preexistente. A pesar de los avances en la investigación y la práctica clínica de la atención del Accidente Cerebro Vascular los enfoques para la atención de accidentes cerebrovasculares agudos para personas con discapacidad preexistente han recibido escasa atención. Los estándares actuales de investigación y práctica clínica están influenciados por una gama poco explorada de sesgos que pueden obstaculizar la atención del accidente cerebrovascular agudo para las personas con discapacidad. Estas tendencias pueden exacerbar los resultados de salud desiguales al ofrecer nuevas terapias para el accidente cerebrovascular.¹⁹

Aunque el tratamiento del accidente cerebrovascular agudo ha mejorado considerablemente, la mayoría de los pacientes hasta la fecha quedan discapacitados con un impacto considerable en independencia funcional y calidad de vida, influenciado secundariamente a que actualmente aumenta aún más el número absoluto de supervivientes de accidentes cerebrovasculares; por lo que representa unas de las principales causas de discapacidad permanente adquirida en todo el mundo.²⁰

Dado el cambio demográfico de nuestra sociedad que envejece y mejores oportunidades de tratamiento para el accidente cerebrovascular agudo que conducen a una mejora tasas de supervivencia de los pacientes con accidente cerebrovascular, es probable que el número absoluto de pacientes con déficits inducidos por accidente cerebrovascular aumente en las próximas décadas. Por lo tanto, se necesitan nuevas estrategias de tratamiento después del accidente cerebrovascular para reducir la morbilidad inducida por accidente cerebrovascular y para aumentar la calidad de vida del paciente y del cuidador.²¹

JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD

Las enfermedades cerebrovasculares a nivel mundial representan una incidencia de 200 casos por cada 100 000 habitantes al año; con una prevalencia de 600 casos por cada 100 000 habitantes. Actualmente y estimado por la OMS, se considera al ACV como la tercera causa de muerte a nivel mundial, correspondiendo al 10% de los fallecimientos en promedio. Se reporta que existen aproximadamente 62 millones de sobrevivientes de ACV en todo el mundo y al menos la tercera parte viviendo con discapacidad funcional secundaria a las secuelas neuromusculares y musculoesqueléticas. En México, el INNN reporto que, de los casos atendidos en su institución, el 65% corresponde a los ACV de tipo isquémico.

TRASCENDENCIA

El aumento en la incidencia de Accidentes Cerebro Vasculares isquémicos también ha cobrado interés por el riesgo de recurrencia, el impacto en el incremento de la mortalidad secundario al envejecimiento poblacional, y la discapacidad que ocasiona al individuo; lo que genera una alta demanda en el uso de los servicios de salud, así como una importante repercusión a nivel individual, funcional, familiar y social.

VULNERABILIDAD

El intervenir de manera oportuna en los factores modificables reducirá el riesgo de presentar un ACV isquémico. Sin embargo, el comienzo temprano de la rehabilitación en pacientes con antecedente de ACV isquémico, será importante para la recuperación, debido a la obtención de mejores y más beneficios para la neuro plasticidad y en la funcionalidad, lo cual mejorara la progresión y pronosticó de las funciones motoras en los pacientes. El tratamiento de la rehabilitación incluye el compromiso en la participación de paciente, cuidadores y equipo de rehabilitación.

FACTIBILIDAD

Se conoce que el Accidente Cerebral Vascular Isquémico se considera dentro de las principales causas generadoras de discapacidad en adultos, por la variedad de secuelas que genera, tales como lo son las físicas, cognitivas, conductuales y emocionales; las cuales repercuten no solo al paciente, si no al cuidador, al ámbito social, económico y de salud. Este estudio será realizado en la población adscrita a la UMF 21 que cuente con los criterios de selección, donde se realizará un estudio analítico el cual determinará el grado de dependencia

funcional posterior a ACV isquémico, mediante un cuestionario aplicado por el investigador principal, el cual podrá responder el paciente o el cuidador principal, en el área de consultorio o sala de espera dentro de la unidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente y estimado por la OMS, se considera al ACV como la tercera causa de muerte a nivel mundial, correspondiendo al 10% de los fallecimientos en promedio. Se reporta que existen aproximadamente 62 millones de sobrevivientes de ACV en todo el mundo y al menos la tercera parte viviendo con discapacidad funcional secundaria a las secuelas neuromusculares y musculo esqueléticas. En México, el INNN reporto que, de los casos atendidos en su institución, el 65% corresponde a los ACV de tipo isquémico.

Al considerarse el Accidente Cerebro Vascular, siendo el isquémico el tipo más común, como la segunda causa principal de muerte y uno de los principales contribuyentes a la discapacidad adquirida en todo el mundo, se continúa trabajando de manera simultánea en el tratamiento, y la atención posterior al evento; ya que se ejerce un impacto sustancial en las familias, el sistema sanitario y la economía. El accidente cerebrovascular genera una carga social enorme en términos de discapacidad y mortalidad.

Aunque el tratamiento del accidente cerebrovascular agudo ha mejorado considerablemente, la mayoría de los pacientes hasta la fecha quedan discapacitados con un impacto considerable en independencia funcional y calidad de vida, influenciado secundariamente a que actualmente aumenta aún más el número absoluto de supervivientes de accidentes cerebrovasculares.

Por lo cual, los colaboradores de este proyecto se plantearon la siguiente pregunta de investigación:

“¿CUÁL ES EL GRADO DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DE 50 A 84 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO?”

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

H1: El grado de dependencia en las ABVD en pacientes con antecedente de ACV Isquémico será moderado o mayor en más del 70% de los casos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el grado de dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria en pacientes de 50 a 84 años con antecedente de Accidente Cerebro Vascular Isquémico de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 Francisco Del Paso Y Troncoso”.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el predominio de la edad en que se presenta el Accidente Cerebro Vascular en población adscrita a la UMF 21.
- Identificar el predominio de sexo en que se presenta el Accidente Cerebro Vascular en población adscrita a la UMF 21.
- Identificar el predominio de las comorbilidades asociadas al Accidente Cerebro Vascular en población adscrita a la UMF 21.
- Identificar el tiempo de tratamiento de rehabilitación en pacientes con antecedente de Accidente Cerebro Vascular Isquémico en población adscrita a la UMF 21 en caso de que lo hayan tenido.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

H1: El grado de dependencia en las ABVD en pacientes con antecedente de ACV Isquémico será moderado o mayor en más del 70% de los casos.

VARIABLES

- ❖ Edad.
- ❖ Sexo.
- ❖ Hipertensión arterial sistémica.
- ❖ Tabaquismo.
- ❖ Obesidad.
- ❖ Diabetes mellitus.
- ❖ Tiempo de tratamiento de Rehabilitación.
- ❖ Grado de Dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	EDAD
TIPO DE VARIABLE	Dependiente cuantitativa discontinua.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Años cumplidos en el momento del estudio.
ESCALA DE MEDICIÓN	Números ordinales.
INDICADOR	Escribir la edad en número cerrado en el cuestionario: De los 50 a los 84 años.

VARIABLE	SEXO
TIPO DE VARIABLE	Dependiente cualitativa nominal.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Sexo señalado en el cuestionario de datos personales.
ESCALA DE MEDICIÓN	Sexo Masculino o Femenino.
INDICADOR	Señalar en el cuestionario: 1. Hombre. 2. Mujer.

VARIABLE	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
TIPO DE VARIABLE	Independiente cualitativa nominal.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada.
DEFINICIÓN	Contar con el antecedente de diagnóstico conocido de Hipertensión

OPERACIONAL	Arterial Sistémica en control o descontrol y con o sin tratamiento farmacológico.
ESCALA DE MEDICIÓN	Si tiene Hipertensión o No tiene Hipertensión.
INDICADOR	Señalar en el cuestionario: 1. Si tiene Hipertensión. 2. No tiene Hipertensión.

VARIABLE	TABAQUISMO
TIPO DE VARIABLE	Independiente cualitativa nominal.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Antecedente de consumo de tabaco.
ESCALA DE MEDICIÓN	Lo que el paciente responda en el cuestionario de datos personales sobre si acostumbra o cuenta con el antecedente de fumar tabaco o no.
INDICADOR	Señalar en el cuestionario: 1. Si fuma o fumaba. 2. Nunca ha fumado.

VARIABLE	OBESIDAD
TIPO DE VARIABLE	Independiente cualitativa ordinal.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Acumulación progresiva y excesiva de grasa, particularmente en el abdomen, acompañada de un incremento en el peso corporal que puede ser perjudicial para la salud.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Paciente que tenga un IMC ≥ 30 kg/m ² .
ESCALA DE MEDICIÓN	Índice de Masa Corporal.
INDICADOR	Anotar en el cuestionario Peso y Estatura actual. Posteriormente el entrevistador realizara el cálculo para obtener el Índice de Masa Corporal del paciente y clasificara en: 1. Obesidad grado I. 2. Obesidad grado II. 3. Obesidad grado III.

VARIABLE	DIABETES MELLITUS
TIPO DE VARIABLE	Independiente cualitativa nominal.
DEFINICIÓN	Enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no secreta

CONCEPTUAL	suficiente insulina o cuando el organismo no la utiliza eficazmente.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Contar con el antecedente de diagnóstico conocido de Diabetes Mellitus en control o descontrol y con o sin tratamiento farmacológico.
ESCALA DE MEDICIÓN	Si tiene Diabetes Mellitus o No tiene Diabetes Mellitus.
INDICADOR	Señalar en el cuestionario: 1. Si tiene Diabetes Mellitus. 2. No tiene Diabetes Mellitus.

VARIABLE	TERAPIA DE REHABILITACIÓN
TIPO DE VARIABLE	Independiente cualitativa nominal.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Antecedente de que posterior al Accidente Cerebro Vascular Isquémico realizo o no Terapia de Rehabilitación en Institución Pública o Privada.
ESCALA DE MEDICIÓN	Lo que el paciente responda en el cuestionario de datos personales sobre si realizo Terapia de Rehabilitación o no.
INDICADOR	Señalar en el cuestionario: 1. Si realizo o realiza Terapia de Rehabilitación. 2. No realizo Terapia de Rehabilitación.

VARIABLE	TIEMPO DE TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN
TIPO DE VARIABLE	Independiente cuantitativa discontinua.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Solo los pacientes que hayan realizado Terapia de Rehabilitación posterior al Accidente Cerebro Vascular Isquémico en Institución Pública o Privada, responderán este rubro.
ESCALA DE MEDICIÓN	Lo que el paciente responda en el cuestionario de datos personales sobre cuánto tiempo realizo Terapia de Rehabilitación.
INDICADOR	Señalar en el cuestionario: 1. Menos de 3 meses. 2. De 3 meses a 6 meses. 3. Más de 6 meses a 1 año. 4. Más de 1 año.

VARIABLE	GRADO DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
TIPO DE	Independiente cualitativa ordinal.

VARIABLE	
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Rutinas que cuidan el propio cuerpo, es decir, que están encaminadas al autocuidado y movilidad de los individuos, y que ofrecen autonomía e independencia para vivir, por lo que de manera idónea no deberían ser delegadas a terceros.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Capacidad del individuo para realizar 10 actividades de la vida diaria por sí solo.
ESCALA DE MEDICIÓN	Índice de Barthel, integrado por 10 ítems que corresponden a la ejecución de Actividades Básicas de la Vida Diaria.
INDICADOR	El entrevistador realizara el cálculo para obtener el Puntaje Final del Cuestionario y clasificara el grado de Dependencia en las Actividades Básicas de la Vida del paciente en: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dependencia total. 2. Dependencia grave. 3. Dependencia moderada. 4. Dependencia leve. 5. Independiente.

VARIABLE	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA MÁS AFECTADA
TIPO DE VARIABLE	Independiente cualitativa nominal.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Rutinas que cuidan el propio cuerpo, es decir, que están encaminadas al autocuidado y movilidad de los individuos, y que ofrecen autonomía e independencia para vivir, por lo que de manera idónea no deberían ser delegadas a terceros.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Actividad básica de la vida diaria donde los participantes mencionen que se encuentran con dependencia total.
ESCALA DE MEDICIÓN	Índice de Barthel, integrado por 10 ítems que corresponden a la ejecución de Actividades Básicas de la Vida Diaria donde se mencionara la actividad que se encuentre con dependencia total
INDICADOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bañarse 2. Vestirse 3. Aseo personal 4. Uso del retrete 5. Uso de escaleras 6. Traslado cama-sillón 7. Desplazamiento 8. Control de orina 9. Control de heces 10. Alimentación

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que sean Derecho Habientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la UMF N° 21.
- Pacientes que se encuentren adscritos a la UMF N° 21.
- Pacientes de 50 a 84 años, sexo indistinto y con antecedente de Accidente Cerebro Vascular tipo Isquémico.
- Pacientes y/o familiar del paciente que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con discapacidad preexistente en las Actividades Básicas de La Vida Diaria no secundaria a Accidente Cerebro Vascular Isquémico.
- Pacientes con antecedente de Ataque Isquémico Transitorio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes cuyo cuestionario se encuentre respondido de manera incompleta.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

TRANSVERSAL:

- Recolección de datos en un solo momento.

DESCRIPTIVO:

- Se definieron variables.
- Se midieron 10 Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Se consideró evaluar cómo influye una enfermedad sobre las capacidades funcionales para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes.

OBSERVACIONAL:

- Se analizaron los datos que ya existen; no se realizó ninguna intervención.

RETROSPECTIVO:

- Ya que se recabo información de una patología que ya sucedió en el paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

METODOS DE RECOLECCIÓN

1. La Médico Residente (Hernández Aguilar Brenda) realizó una cordial invitación a pacientes de 50 a 84 años con antecedente de Accidente Vascular Isquémico de la consulta externa de los turnos matutino, vespertino y jornada acumulada que representaron la muestra para evaluar la dependencia funcional de las AVBD.
2. Se identificó a los pacientes de 50 a 84 años con antecedente de Accidente Vascular Isquémico durante la consulta y en el área de espera de consulta.
3. La Médico Residente aplicó el Índice de Barthel al paciente y/o familiar cuando se encontraba en la sala de espera de la consulta externa, previa autorización y firma de consentimiento informado.
4. La aplicación del Índice de Barthel se realizó en tiempo promedio de 10-15 minutos.
5. Al término de la aplicación del Índice de Barthel se otorgó un tríptico informativo al participante.

LUGAR Y PERIODO DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizpo en la Unidad de Medicina Familiar N° 21 “Francisco del Paso y Troncoso” del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante los turnos matutino, vespertino y jornada acumulada, actualmente ubicada en Eje 4 Sur, Av. Pdte. Plutarco Elías Calles 473, Santa Anita, Iztacalco, 08300 Ciudad de México, CDMX.

La aplicación del instrumento de evaluación se realizó durante el periodo comprendido entre mayo del 2022 a octubre del año 2022.

UNIVERSO DE TRABAJO:

El estudio se realizó en pacientes de 50 a 84 años con antecedente de Accidente Vascular Isquémico de la Unidad de Medicina Familiar N° 21, de acuerdo a la información obtenida en el servicio de ARIMAC de dicha unidad.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Pacientes de 50 a 84 años con antecedente de Accidente Cerebro Vascular Isquémico de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 que cumplieron con los criterios de selección.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN:

Unidad de Medicina Familiar N° 21 “Francisco del Paso y Troncoso” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Se aplicó la fórmula para población de muestras finitas para obtener el tamaño de la muestra. El estudio se realizó a un total de 72 pacientes de 50 a 84 años con antecedente de Accidente Vascular Isquémico.

Al término de la aplicación del Índice de Barthel, se recabó la información y se integró a una base de datos para su análisis.

CONTROL DE CALIDAD

SESGOS DE SELECCIÓN:

Este tipo de sesgo, particularmente común en los estudios de casos y controles (eventos ocurridos en el pasado pueden influir en la probabilidad de ser seleccionado en el estudio); ocurre cuando hay un error sistemático en los procedimientos utilizados para seleccionar a los sujetos del estudio. Por ende, conduce a una estimación del efecto diferente del obtenible para la población blanco. Se debe a diferencias sistemáticas entre las características de los sujetos seleccionados para el estudio y las de los individuos que no se seleccionaron.

Por ejemplo: casos hospitalarios y los excluidos de estos ya sea porque el sujeto fallece antes de llegar al centro hospitalario debido al carácter agudo o de mayor gravedad de su afección; o por no estar suficientemente enfermos como para requerir su ingreso al hospital en estudio; o debido a los costes del ingreso; la distancia del centro asistencial respecto del domicilio del sujeto que se excluye del estudio, etc.

Pueden ocurrir en cualquier tipo de diseño de estudio, sin embargo, ocurren con mayor frecuencia en series de casos retrospectivas, estudios de casos y controles, de corte transversal y de aplicación de encuestas. Este tipo de sesgo impide extrapolar las conclusiones en estudios realizados con voluntarios extraídos de una población sin el evento de interés.

SESGO DE INFORMACIÓN O DE MEDICIÓN:

Este tipo de sesgo ocurre cuando se produce un defecto al medir la exposición o la evolución que genera información diferente entre los grupos en estudio que se comparan (precisión). Se debe por ende a errores cometidos en la obtención de la información que se precisa una vez que los sujetos elegibles forman parte de la muestra del estudio (clasificación de sujetos con y sin el evento de interés; o de expuestos y no expuestos).

En la práctica, puede presentarse como la clasificación incorrecta de sujetos, variables o atributos, dentro de una categoría distinta de aquella a la que debería haberse asignado.

SESGO DE CONFUSIÓN O MEZCLA DE EFECTOS:

Este tipo de sesgo ocurre cuando la medición del efecto de una exposición sobre un riesgo se modifica, debido a la asociación de dicha exposición con otro factor que influye sobre la evolución del resultado en estudio. Un factor puede actuar como variable de confusión, si se encuentra asociado con la exposición en estudio, sea un factor de riesgo independiente para el evento de interés en estudio. Se puede sobreestimar, subestimar, o incluso, revertir el sentido del efecto. Para comprender mejor este concepto, es importante comentar el rol de la denominada variable de confusión, que es aquella que puede originar o evitar el resultado de

interés, sin que sea una variable intermedia en la secuencia causal que se está estudiando, ni se asocie causalmente con el evento de interés (por ejemplo; edad, sexo, raza). Este tipo de sesgo afecta a todo tipo de estudios observacionales; y se puede prevenir, en la etapa del diseño del estudio; o controlar en la etapa del análisis de datos mediante la aplicación de estrategias estadísticas tendientes a obtener una estimación no distorsionada sobre el efecto en estudio.

Un ejemplo clásico de estos sesgos es aquel del estudio de casos y controles para determinar asociación entre consumo de café y el desarrollo de cáncer de páncreas, en el que la variable tabaquismo generó un efecto contundente, pues se asoció al consumo de café (89% de los consumidores de café fumaban, y sólo 35% de los no bebedores de café fumaba)

MUESTREO

SELECCIÓN DE LA MUESTRA EN ESTUDIO

Se seleccionó a los pacientes de 50 a 84 años con antecedente de Accidente Vascular Isquémico de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 que aceptaron la aplicación del Índice de Barthel, mediante la firma del consentimiento informado y que reunían los criterios de selección.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó una fórmula para población finita, es decir se conocía el total de la población de 50 a 84 años con registro en ARIMAC como Demencia vascular por infarto, Infarto cerebral, y Secuelas de infarto cerebral; y se contempló saber cuántos pacientes del total tendríamos que estudiar:

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

Donde:

n: Tamaño de la muestra

N = Total de la población

Z α = Nivel de confianza del 95%

p = proporción esperada (probabilidad de que ocurra el evento estudiado, 50%)

q = 1 – p (probabilidad de que no ocurra el evento estudiado, en este caso 1 - 0.5)

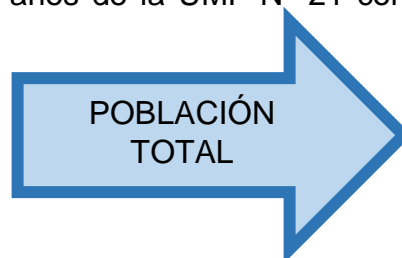
d = precisión (en la investigación se usará un 5%).

e = Error de estimación máximo aceptado

De acuerdo a la información proporcionada por el servicio de ARIMAC, se sustituyó la fórmula quedando de la siguiente manera:

N: POBLACIÓN TOTAL.

- Población de hombres y mujeres de 50 a 84 años de la UMF N° 21 con Diagnóstico registrado como:
 - Demencia vascular por infarto



- Infarto cerebral
- Secuelas de infarto cerebral

Z: nivel de confianza.

- Para un nivel de confianza de 95% el valor correspondiente para Z es = 1.96²

p: probabilidad de ocurrir.

- Proporción esperada = 0.5 (50%)

q: probabilidad de no ocurrir (q = 1-p).

- Proporción esperada = 0.5 (50%)

e: error o precisión.

- Se usará un 5% = 0.05.

Sustituyendo, se calcula de la siguiente forma:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{[e^2 \cdot (N-1)] + [Z^2 \cdot p \cdot q]}$$

$$n = \frac{89 (1,96)^2 (0.5)(0.5)}{[(0.05)^2 (89 - 1)] + [(1.96)^2 (0.5)(0.5)]}$$

$$n = \frac{89 (3.84)(0.5)(0.5)}{[(0.0025)(5388 955)] + [(3.84)(0.5)(0.5)]}$$

$$n = \frac{89 (3.84)(0.25)}{[(0.0025)(88)] + [(3.84)(0.25)]}$$

$$n = \frac{89 (3.84)(0.25)}{0.22 + 0.96}$$

$$n = \frac{341.76 (0.25)}{0.22 + 0.96}$$

$$n = \frac{85.44}{1.18}$$

$$n = 72.40$$

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente proyecto de investigación está bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de distintos principios establecidos en materia de investigación en seres humanos.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

ARTICULO 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.

- ✓ Tal es el caso de la investigación “GRADO DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DE 50 A 84 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO” ya que solo se llevará a cabo la aplicación de un cuestionario.

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, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales 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, y

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.

DECLARACIÓN DE HELSINKI

Declaración de Helsinki establece que el protocolo de investigación debe aprobarse por el comité de ética antes de comenzar el estudio. En su pauta 12 de la confidencialidad de los datos, por lo que se tomarán medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese revelar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

- ✓ Se otorgará el consentimiento informado a las y los pacientes para poder participar en la presente investigación, también se proporcionará información acerca de los objetivos, métodos y fuentes de financiamiento.

CÓDIGO DE NUREMBERG

Por otro lado, de acuerdo con el Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg, 1947, toda persona implicada en esta investigación deberá tener la capacidad legal para su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo, conociendo los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse y los efectos sobre la salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento.

- ✓ Se aplicará la encuesta en personas con pleno uso de su capacidad legal, sin ejercer elementos de fuerza, fraude o engaño.

CIOMS

Las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos De la Organización Mundial de la Salud en su pauta 4 que indica se debe obtener el consentimiento informado individual voluntario o la autorización de su representante

legal. En su pauta 5 donde el investigador debe proporcionar información donde el participante sepa que su permanencia en el estudio es voluntaria, cual es el propósito de la investigación, las características del diseño, la duración de este y los beneficios directos que se esperan obtener de su participación en el estudio. En su pauta 8 que habla sobre las intervenciones que incluyan un carácter preventivo, se debe justificar las ventajas para el sujeto sobre cualquier otra alternativa. En la pauta 10 sobre investigación en poblaciones y comunidades con recursos limitado donde se debe garantizar que el conocimiento generado de problemas de salud prioritarios estará disponible para beneficio de dicha población.

- ✓ En el presente estudio, según la pauta 5 se le explicará a cada paciente que su permanencia es voluntaria, las características y duración del estudio, Conforme a la pauta 10, este estudio se considera prioritario por lo que el conocimiento generado a partir de éste estará disponible para su consulta posterior.

INFORME BELMONT

El Informe explica los principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación, los cuales son:

RESPETO a las personas: protegiendo su autonomía, es decir la capacidad que tienen de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones. Este principio implica también la protección de sujetos con mayores riesgos como mujeres embarazadas o grupos susceptibles con autonomía limitada como presos, menores de edad, enfermos mentales o personas con cualquier tipo de discapacidad. Parte de este principio conlleva la obtención en toda investigación de un consentimiento informado donde un sujeto libremente acepta participar de una investigación tras una amplia explicación de la misma y con todo el derecho de retirarse del estudio cuando el sujeto lo desee.

BENEFICENCIA: este principio implica que debe buscarse siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos.

JUSTICIA: los riesgos y beneficios de un estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio. Bajo toda circunstancia debe evitarse el estudio de procedimientos de riesgo exclusivamente en población vulnerable por motivos de raza, sexo, estado de salud mental, etc.

- ✓ Esta investigación se apegará a los principios éticos fundamentales del Informe de Belmont.

CÓDIGO DE BIOÉTICA EN MEDICINA FAMILIAR (IMSS)

En su capítulo 1 sobre deberes y responsabilidades del médico familiar para con las personas, la familia y la sociedad, se guardará la confidencialidad de los hechos, datos o circunstancias obtenidas mediante la aplicación del instrumento. En su capítulo 4 sobre deberes y responsabilidades para el desarrollo del conocimiento en Medicina Familiar (investigación) se concebirá a la investigación de calidad como un instrumento fundamental para generar conocimiento mediante la realización de este estudio, así como desarrollar proyectos de

investigación bajo la vigilancia de Comisiones y/o Comités de Ética. Finalmente, los resultados deben ser reflejo de lo observado, medido y analizado como se hará con el presente estudio.

- ✓ Con el presente estudio se fomenta el desarrollo de proyectos de investigación bajo situaciones de ética.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	"GRADO DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DE 50 A 84 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar Número 21 "Francisco del Paso y Troncoso" ubicada en Eje 4 Sur, Av. Pdte. Plutarco Elías Calles 473, Santa Anita, Iztacalco, CP. 08300 Ciudad de México, CDMX. Una vez aprobado por el comité de investigación.
Número de registro institucional:	R-2022-3703-029
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio se realiza con el fin de determinar si necesito ayuda para realizar algunas actividades básicas de mi vida diaria después de que curse con un infarto que afecto mi cerebro.
Procedimientos:	Si acepto participar y firmo el consentimiento informado, responderé yo solo o a través del apoyo de mi familiar, un cuestionario que tomara aproximadamente 10 a 15 minutos, donde se registrarán mis datos personales y la valoración de 10 actividades básicas de la vida diaria. Al terminar el cuestionario, se me otorgara un tríptico informativo.
Posibles riesgos y molestias:	El investigador me ha explicado que este proyecto de investigación está calificado como "riesgo mínimo". Al dar mi autorización tendré mínimas molestias ya que puedo sentirme incomodo con alguna de las preguntas que tendré que responder, pero sin riesgo para mi estado de salud actual. En caso de que alguna pregunta pudiera incomodarme, soy libre de no responderla.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Sabre que tantas actividades básicas de la vida diaria puedo realizar sin ayuda y al finalizar el cuestionario se me otorgara un tríptico informativo. Estoy consciente que no obtendré compensación económica alguna por mi participación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha mencionado que el investigador responderá cualquier pregunta derivada de dicho estudio, al finalizar el cuestionario se me proporcionará un tríptico informativo con el resultado de mi cuestionario para poder entregar en mi próxima consulta a mi Médico Familiar el cual será integrado a mi expediente clínico electrónico.
Participación o retiro:	Entiendo que mi participación es voluntaria y podré retirarme en el momento que lo desee, sin que se afecte la atención que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que la información que se obtenga como parte de este estudio será confidencial de acuerdo al código de ética, bioética y estipulados en la Ley General de Salud. Solo se utilizarán los datos de forma general para fines de docencia e investigación; se me ha aclarado que en ningún momento se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado de este.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Alyne Mendo Reygadas. Matrícula: 99386975. Unidad De Medicina Familiar Número 21. Teléfono: 5557686000 Extensión 21407 Fax: Sin Fax. Correo electrónico: mfalynemendor@gmail.com

Colaboradores: Brenda Hernández Aguilar. Matrícula: 97367955. Unidad De Medicina Familiar Número 21. Teléfono: 5557686000 Extensión 21407 Fax: Sin Fax. Correo electrónico: drabrenda25@outlook.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Medicina Familiar de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Hernández Aguilar Brenda
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

CONFLICTO DE INTERESES

Se declara que el grupo de investigadores participantes de esta investigación, no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

RECURSOS

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Fotocopias del consentimiento informado
- ✓ Fotocopias del instrumento a aplicar
- ✓ Bolígrafos
- ✓ Trípticos informativos

RECURSOS HUMANOS:

- ✓ Encuestador
- ✓ Asesores clínicos
- ✓ Asesor metodológico

RECURSOS ECONÓMICOS:

Este trabajo no requiere inversión extra a la que normalmente se invierte en la evaluación y/o estudio de este tipo de temas. La Unidad de Medicina Familiar N° 21 “Francisco del Paso y Troncoso” del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con el equipo, material y software necesarios.

FINANCIAMIENTO:

El presente trabajo no recibe financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Contingencia Sanitaria.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“GRADO DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES DE 50 A 84 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”

Hernández Aguilar Brenda¹, Mendo Reygadas Alyne²

¹Residente De Segundo Año En La Especialidad Médica De Medicina Familiar. ²Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS.

ACTIVIDAD	2021												2022											
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
Planeación del proyecto	R	R	R																					
Marco teórico				R	R	R	R																	
Material y métodos								R																
Registro y autorización del proyecto (Comité local)									R	R	R	R	R	R										
Prueba piloto															R	R								
Etapa de ejecución (Recolección de datos)																	R	R	R					
Análisis de datos																						P		
Descripción de resultados																						P		
Discusión de los resultados																						P		
Conclusiones																						P		
Reporte final (Entrega electrónica)																						P		
Autorizaciones (Hojas firmadas)																						P		

PLANEADO P

REALIZADO R

RESULTADOS

BASE DE DATOS:

A continuación, se muestra en una tabla formato Excel, la base de los datos que se obtuvieron mediante el instrumento de evaluación aplicado a 72 pacientes:

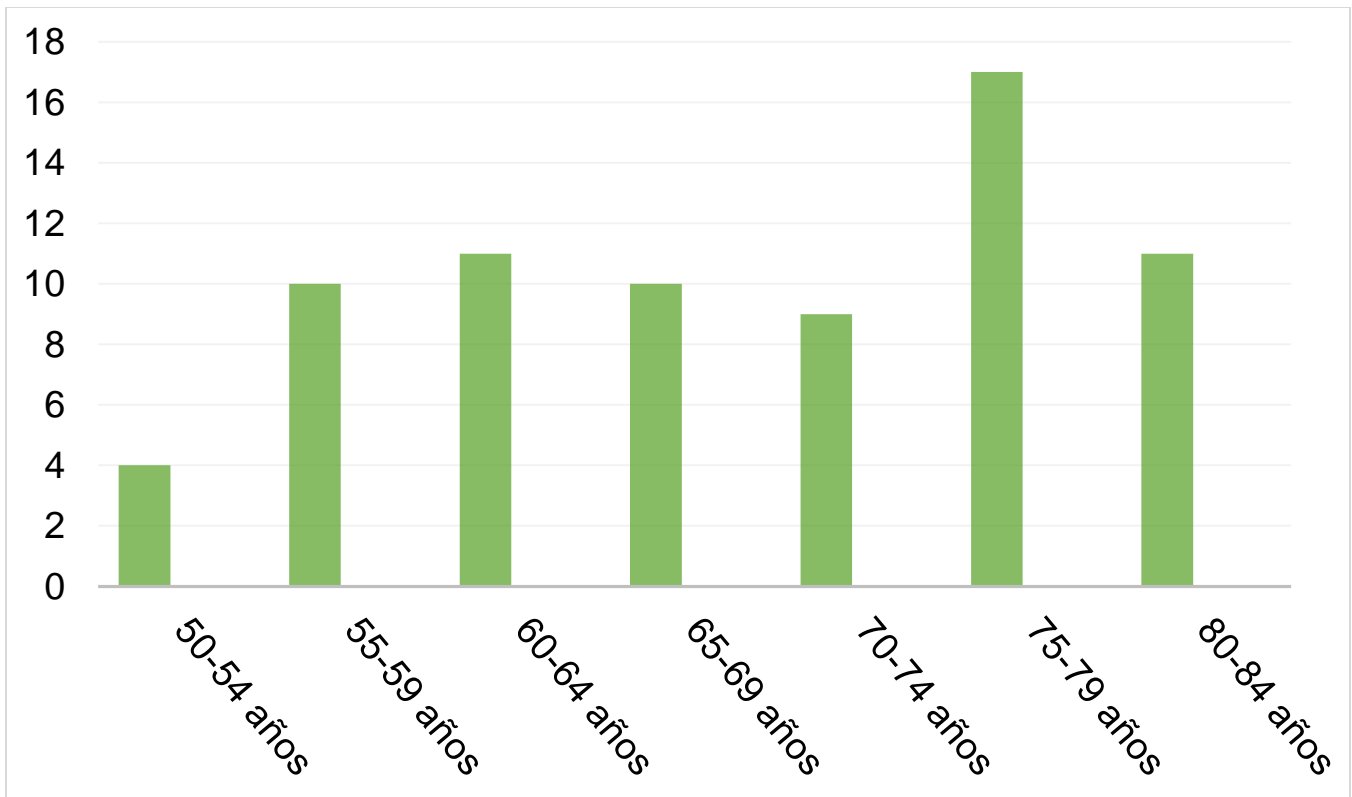
													1. < 20	DEPENDENCIA TOTAL
									1. Grado I		1. < 3 meses		2. 20-35	GRAVE
									2. Grado II		2. 3-6 meses		3. 40-55	MODERADO
		1. Hombre	1. Si	1. Si	1. Si				3. Grado III	1. Si realizó	3. > 6 meses - 1 año		4. ≥ 60	LEVE
		2. Mujer	2. No	2. No	2. No				4. Sin obesidad	2. No realizó	4. > 1 año		5. 100	INDEPENDIENTE
	EDAD	SEXO	HAS	DM	TAB	PESO	ESTAT URA	IMC	OBESIDAD	REHABILITACIÓN	TIEMPO DE RHB	PUNTAJE	TOTAL	ÍNDICE BARTHEL
1	78	2	1	1	2	50.5	1.46	23	4	1	2	85	4	LEVE
2	73	2	1	2	2	45	1.39	23	4	2	-	85	4	LEVE
3	77	2	1	2	2	54	1.46	25	4	1	4	75	4	LEVE
4	83	1	1	1	1	80	1.66	29	4	2	-	65	4	LEVE
5	77	2	1	2	2	65	1.4	34	1	1	2	85	4	LEVE
6	73	1	1	1	1	74	1.46	30	1	2	-	80	4	LEVE
7	62	2	1	2	2	70	1.46	28	4	1	4	100	5	INDEPENDIENTE
8	57	1	1	1	1	65.5	1.65	24	4	1	2	95	4	LEVE
9	64	2	1	1	2	73	1.53	31	1	1	4	90	4	LEVE
10	62	2	1	1	1	57	1.48	26	4	1	3	90	4	LEVE
11	77	1	1	1	1	91	1.7	31	1	1	3	75	4	LEVE
12	83	1	1	1	1	65	1.52	28	4	1	2	80	4	LEVE
13	78	1	1	1	1	58	1.55	24	4	1	2	90	4	LEVE
14	80	2	1	2	1	76	1.5	33	1	2	-	65	4	LEVE
15	77	1	1	1	1	76.5	1.65	26	4	2	-	90	4	LEVE
16	50	2	1	1	2	60	1.58	24	4	2	-	100	5	INDEPENDIENTE
17	77	1	1	1	1	82	1.71	28	4	2	-	70	4	LEVE
18	67	1	1	2	1	68	1.64	25	4	1	2	85	4	LEVE
19	73	2	1	2	2	74	1.5	30	1	1	3	75	4	LEVE
20	80	1	1	1	1	63	1.51	27	4	2	-	60	5	INDEPENDIENTE
21	64	2	1	2	2	73	1.53	31	1	1	3	90	4	LEVE
22	55	1	1	1	1	98	1.7	33	1	1	4	95	4	LEVE
23	82	2	2	1	1	51	1.48	25	4	2	-	55	3	MODERADO
24	56	2	1	1	2	63	1.62	24	4	1	3	75	4	LEVE
25	58	1	1	1	1	90	1.8	27	4	1	2	85	4	LEVE
26	57	1	1	2	1	55	1.5	24	4	1	2	85	4	LEVE

27	83	2	1	1	2	57	1.45	27	4	2	-	55	3	MODERADO
28	54	1	1	2	1	80	1.5	35	2	1	4	95	4	LEVE
29	73	2	2	2	1	48	1.55	19	4	1	3	90	4	LEVE
30	66	1	1	2	1	64	1.55	26	4	1	2	85	4	LEVE
31	72	1	1	1	1	79	1.68	27	4	1	3	75	4	LEVE
32	77	2	1	1	2	60	1.52	25	4	1	2	85	4	LEVE
33	83	2	1	2	2	80	1.6	31	1	2	-	55	3	MODERADO
34	65	2	1	1	2	72	1.56	29	4	1	2	85	4	LEVE
35	60	1	1	2	1	93	1.73	31	1	1	3	75	4	LEVE
36	74	2	1	1	2	80	1.56	32	1	1	2	85	4	LEVE
37	79	2	1	1	1	63	1.6	24	4	1	3	90	4	LEVE
38	81	1	2	1	1	54	1.56	22	4	1	3	90	4	LEVE
39	60	2	1	2	2	72.5	1.52	31	1	1	2	85	4	LEVE
40	76	1	1	1	1	76	1.72	25	4	1	1	65	4	LEVE
41	74	2	1	1	2	72	1.62	27	4	1	3	75	4	LEVE
42	67	1	1	2	1	66	1.54	27	4	1	2	85	4	LEVE
43	65	1	1	1	1	81	1.62	30	1	1	2	85	4	LEVE
44	68	1	1	1	1	101	1.68	35	2	1	2	85	4	LEVE
45	66	2	2	2	1	40	1.45	19	4	1	2	85	4	LEVE
46	83	1	1	1	1	80	1.6	31	1	2	-	50	3	MODERADO
47	62	1	1	1	1	68	1.6	26	4	1	3	90	4	LEVE
48	59	1	1	1	1	96	1.75	31	1	1	4	95	4	LEVE
49	50	2	1	2	2	67	1.57	27	4	1	4	100	5	INDEPENDIENTE
50	60	1	1	2	1	61.5	1.6	24	4	1	3	90	4	LEVE
51	61	1	1	1	1	90	1.6	35	2	1	1	65	4	LEVE
52	78	1	1	1	1	74	1.64	27	4	1	2	85	4	LEVE
53	81	1	1	1	1	67	1.62	25	4	1	3	75	4	LEVE
54	55	1	1	1	1	87	1.73	29	4	1	4	100	5	INDEPENDIENTE
55	58	2	1	1	2	90	1.64	33	1	1	4	95	4	LEVE
56	55	1	1	2	2	65	1.65	23	4	1	4	95	4	LEVE
57	77	1	1	2	2	71	1.71	24	4	1	2	85	4	LEVE
58	79	2	1	1	2	86	1.58	34	1	1	1	65	4	LEVE
59	56	1	1	1	1	56	1.64	20	4	1	4	95	4	LEVE
60	65	2	1	1	2	85	1.65	31	1	1	1	65	4	LEVE
61	79	2	1	2	2	50	1.56	20	4	1	2	85	4	LEVE
62	73	2	1	1	2	82	1.6	32	1	1	3	90	4	LEVE
63	62	1	1	1	1	93	1.72	31	1	1	2	85	4	LEVE
64	80	2	1	2	2	57	1.54	22	4	1	3	75	4	LEVE
65	60	1	1	1	1	74	1.69	25	4	1	4	95	4	LEVE
66	69	2	1	2	1	41	1.44	20	4	1	3	75	4	LEVE
67	53	2	1	1	1	54	1.46	30	1	1	4	100	5	INDEPENDIENTE
68	79	1	1	1	1	55	1.55	22	4	1	1	65	4	LEVE
69	66	2	1	1	2	89	1.52	34	1	1	3	75	4	LEVE
70	76	2	1	2	1	57	1.5	25	4	1	2	85	4	LEVE
71	78	1	1	1	2	70	1.64	26	4	1	3	75	4	LEVE
72	74	2	1	1	2	86	1.64	31	1	1	2	85	4	LEVE

TABLAS Y GRÁFICOS:

EDAD	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
50 - 54 años	4	6 %
55 - 59 años	10	14 %
60 - 64 años	11	15 %
65 - 69 años	10	14 %
70 - 74 años	9	12 %
75 - 79 años	17	24 %
80 - 84 años	11	15 %

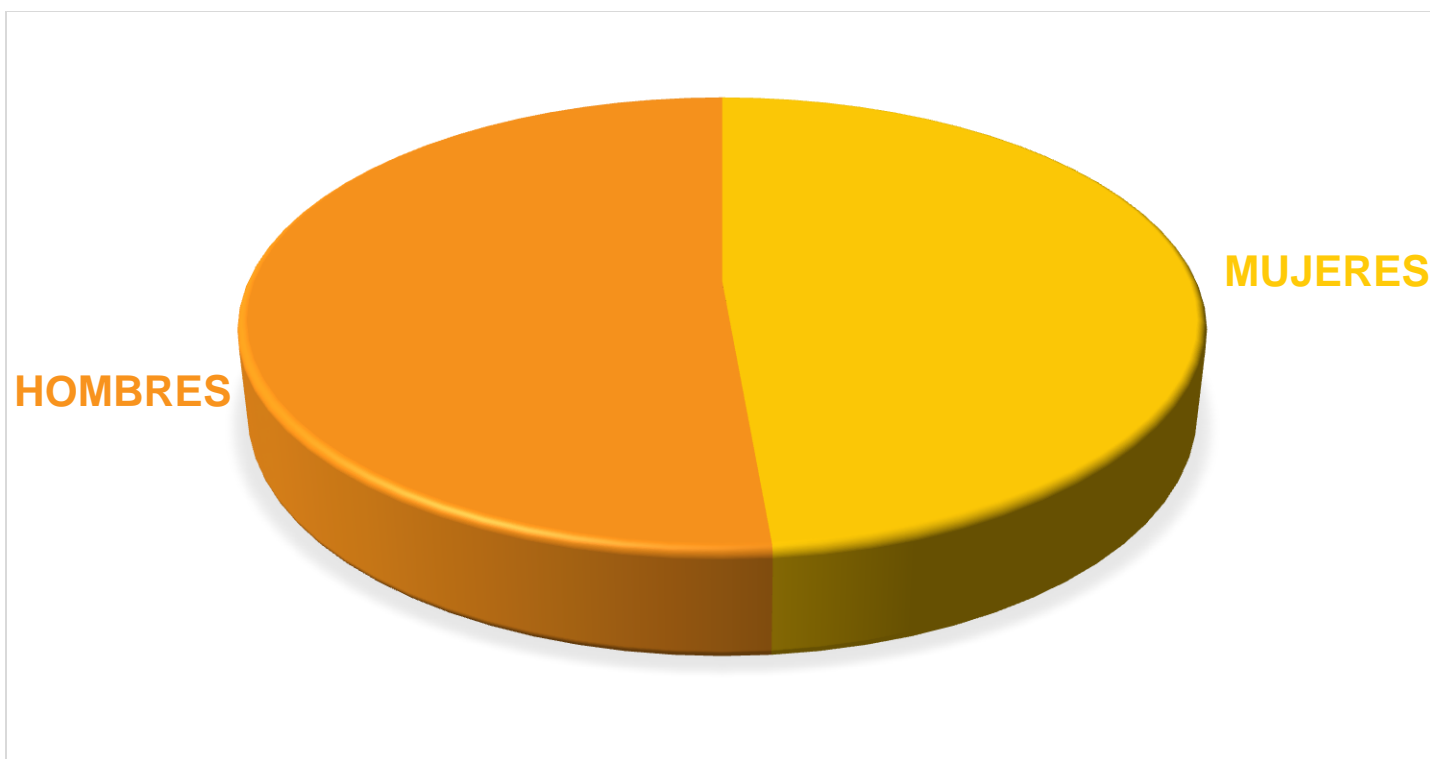
TABLA 1. Grupos de edad.



GRÁFICA 1. Grupos de edad.

SEXO	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
HOMBRES	37	51 %
MUJERES	35	49 %

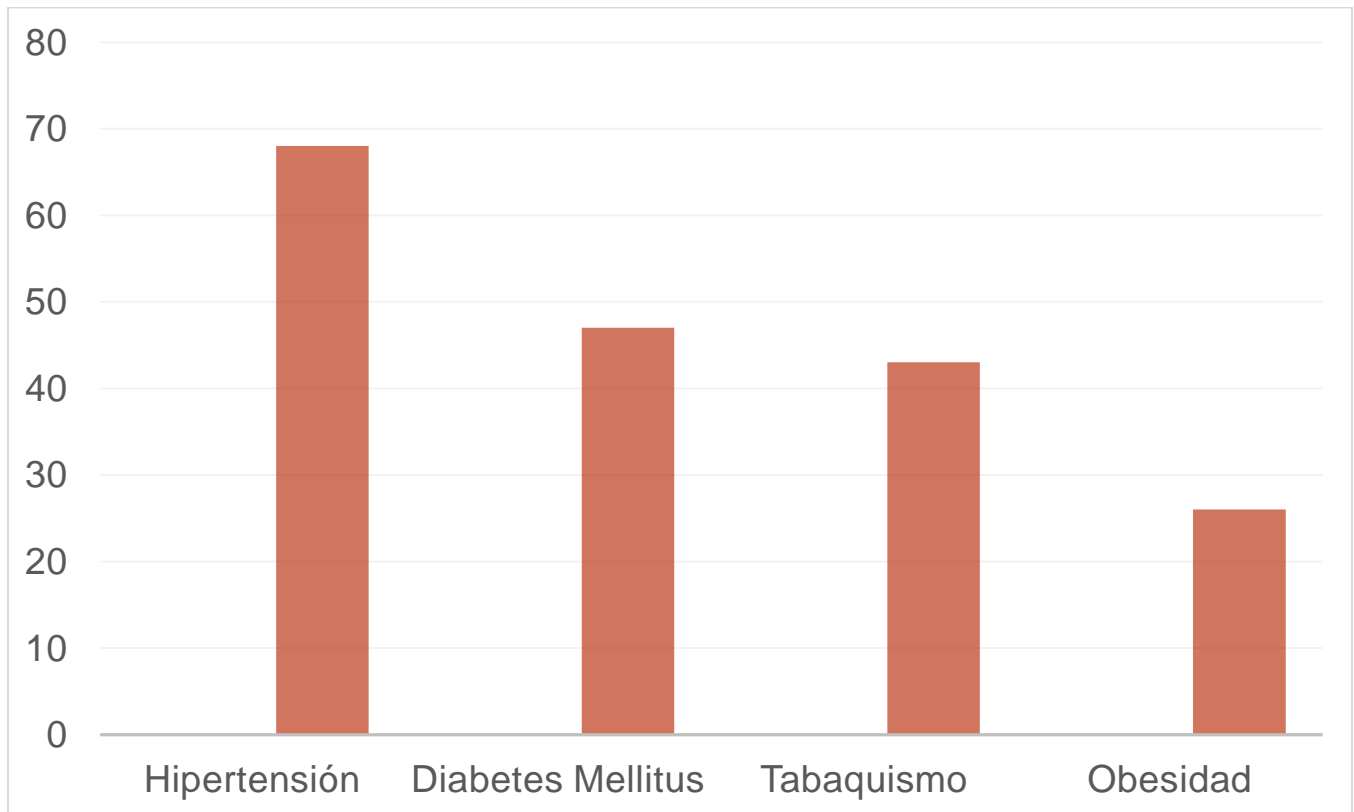
TABLA 2. Distribución del sexo.



GRÁFICA 2. Distribución del sexo.

COMORBILIDAD	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
Hipertensión arterial	68	94 %
Diabetes mellitus	47	65 %
Tabaquismo	43	60 %
Obesidad	26	36 %

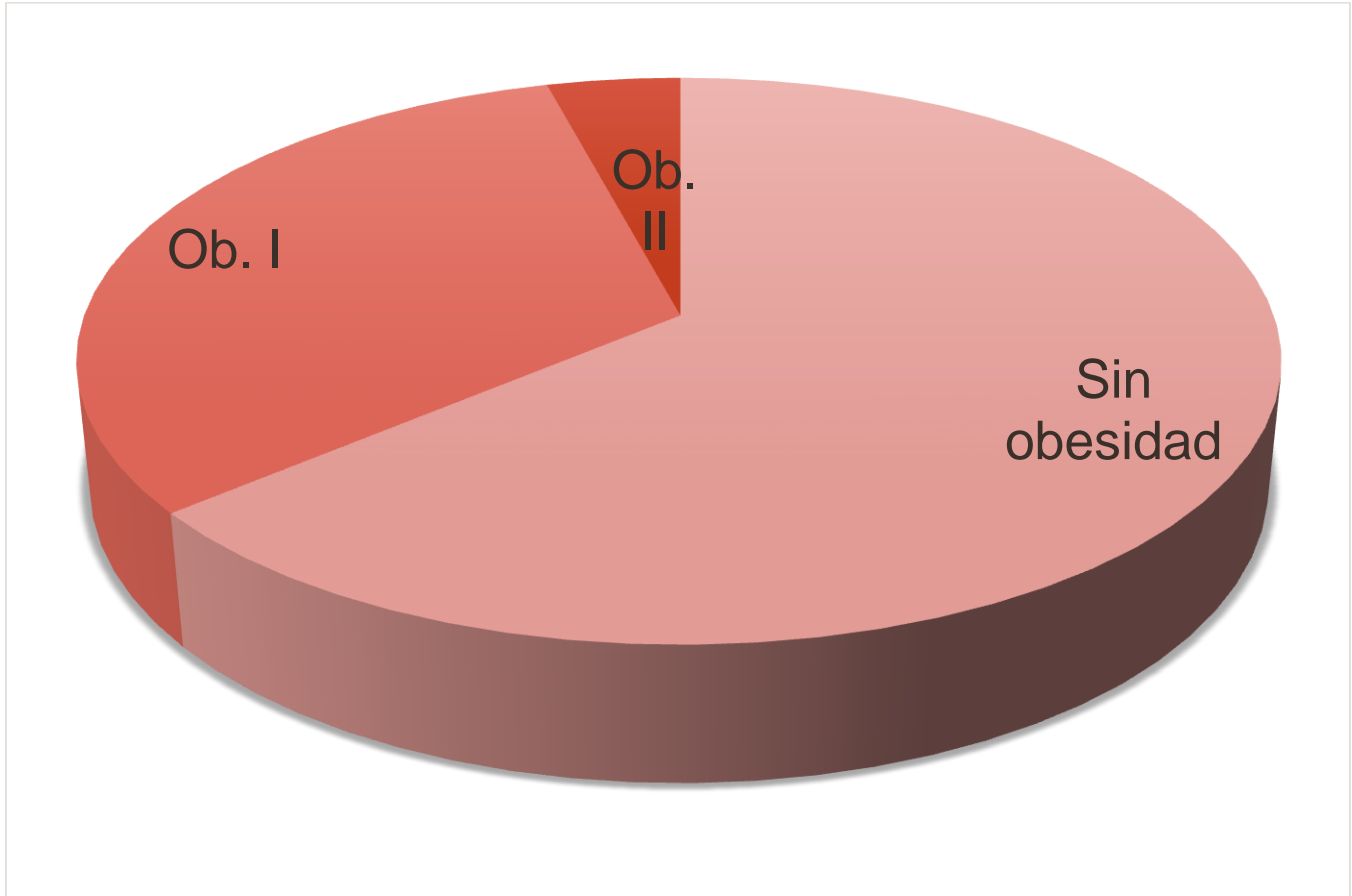
TABLA 3. Comorbilidades asociadas.



GRÁFICA 3. Comorbilidades asociadas.

PACIENTES CON OBESIDAD		PACIENTES SIN OBESIDAD	
Obesidad I	23	Peso normal	20
Obesidad II	3	Sobrepeso	26
TOTAL	26	TOTAL	46

TABLA 3A. Pacientes con y sin obesidad.

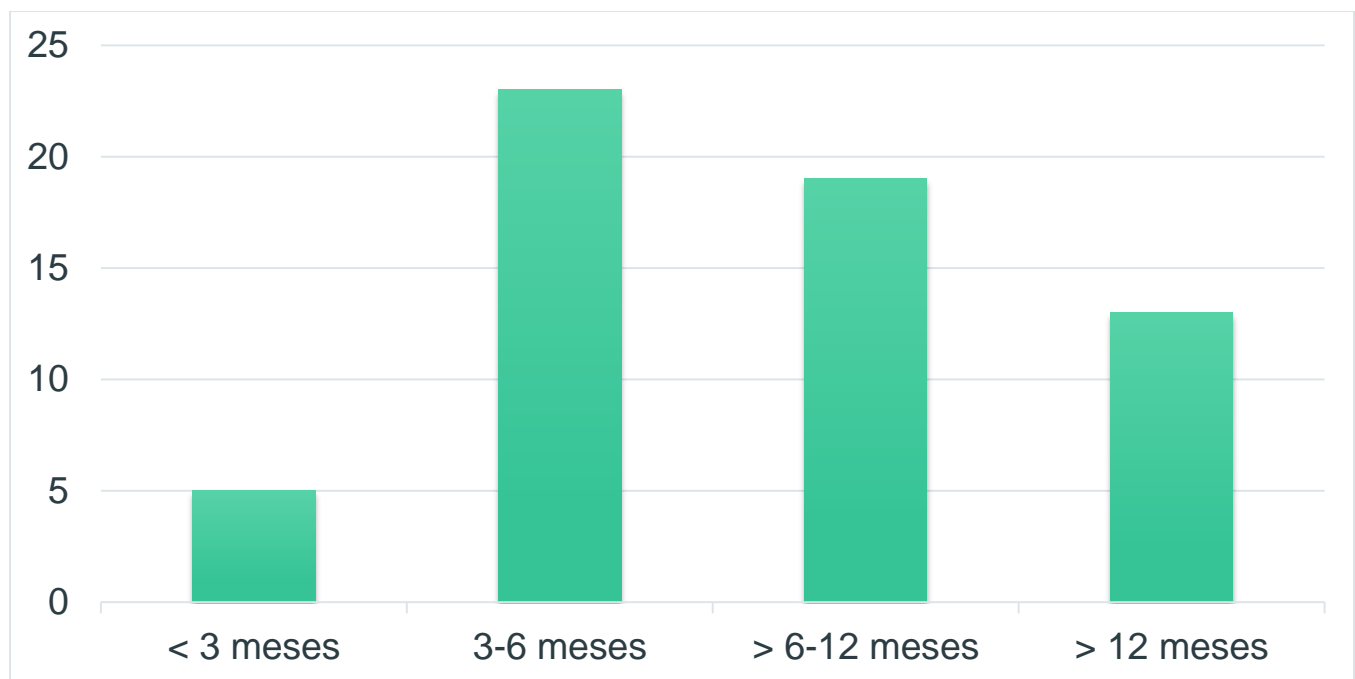


GRÁFICA 3A. Pacientes con y sin obesidad.

TERAPIA DE REHABILITACIÓN	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
No realizaron	12	17 %
< 3 meses	5	7 %
3-6 meses	23	32 %

> 6-12 meses	19	26 %
> 12 meses	13	18 %
TOTAL	72	100 %

TABLA 4. Tiempo de Rehabilitación en pacientes que si la realizaron.

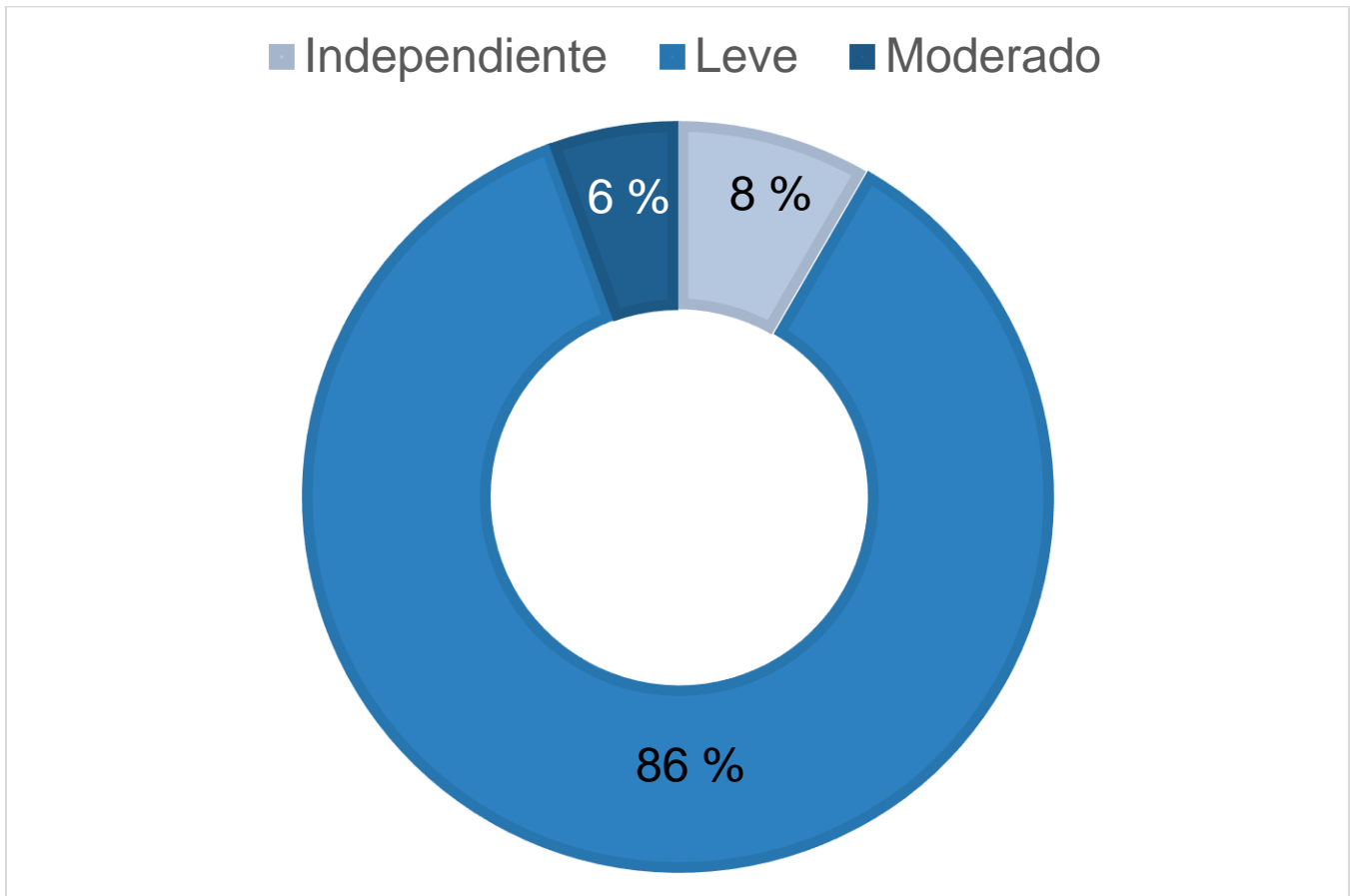


GRÁFICA 4. Tiempo de Rehabilitación en pacientes que si la realizaron.

ÍNDICE DE BARTHEL	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Independiente	6	8 %
Leve	62	86 %
Moderado	4	6 %
Grave	0	---

Dependencia total	0	---
TOTAL	72	100 %

TABLA 5. GRADO DE DEPENDENCIA EN LAS ABVD – ÍNDICE DE BARTHEL.



GRÁFICA 5. GRADO DE DEPENDENCIA EN LAS ABVD – ÍNDICE DE BARTHEL.

DISCUSIÓN

Una vez recopilada la información se realizó una base de datos en el programa Excel, posteriormente se realizaron medidas de tendencia central como frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, lo cual aplico para esta investigación, ya que se trata de un estudio descriptivo.

Posteriormente se integró la información en tablas y gráficos para su presentación del proyecto terminado a la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, así como a la Dirección de la Unidad de Medicina Familiar N° 21.

En este estudio se obtuvo de los 72 pacientes que participaron, un predominio en el grupo de edad de 70-74 años, lo cual acorde a 1.Choreño-Parra JA, Carnalla-Cortés M, Guadarrama-Ortiz P. en su artículo de revisión titulado “Enfermedad vascular cerebral isquémica: revisión extensa de la bibliografía para el médico de primer contacto”, el ACV Isquémico tiene una presentación predominante en personas mayores a los 65 años. De igual manera, menciona que se estima que el 60% de los casos predominan en el género masculino mientras que en nuestro estudio los hombres representaron el 51 % de la población total estudiada.

De acuerdo a Mesa BY, Hernández RTE, Parada BY, en su estudio “Factores determinantes de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus” mencionan a la hipertensión arterial sistémica como el factor de riesgo más prevalente que afecta a los pacientes, de igual manera en nuestros resultados de las comorbilidades asociadas con el Accidente Cerebro Vascular tipo Isquémico, de los 72 pacientes que participaron en nuestra investigación, el 94 % de ellos, refirieron conocerse con el diagnóstico de hipertensión Arterial. También Mesa BY, Hernández RTE, Parada BY, reconocen a la obesidad como otro de los factores modificables prevalentes en pacientes con ACV isquémico, sin embargo, la población estudiada en nuestra investigación, arrojo que los pacientes con obesidad tan solo representaban poco más de la tercera parte (36 %) de todos los participantes en este estudio; mientras que los pacientes sin obesidad, conformados por aquellos con peso normal (28 %) y sobrepeso (36 %) representaban más del 50 % de nuestra muestra.

No obstante, reconocemos que la presencia de obesidad representa un aumento en el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, tal como lo reporta Bender BJE, en su estudio “Las enfermedades cerebrovasculares como problema de salud” donde enuncia los factores de riesgo cardiovasculares en los estudios de Fragminhan.

En este estudio también se consideró conocer de manera general si los participantes habían recibido alguna terapia de Rehabilitación posterior al Evento Cerebro Vascular Isquémico, donde de los 72 pacientes, el 17 % respondió que no habían realizado ningún tipo de terapia de Rehabilitación, mientras que el 83 % respondió que sí había realizado terapia de rehabilitación. De acuerdo a Gutiérrez SR, Bolaños AO, Rodríguez MA, et al, en su artículo “Programa de rehabilitación intensiva precoz en pacientes con enfermedad cerebro vascular” mencionan que el accidente cerebro vascular isquémico es una importante causa de discapacidad física y cognitiva, generando deterioro funcional a largo plazo lo cual se traduce en un elevado grado de dependencia de terceros, repercutiendo también en el aspecto familiar y comunitario, y que de manera general, los supervivientes a un episodio de ACV isquémico presentan limitaciones para ejecutar con autonomía las actividades básicas de la vida diaria, la recuperación es lenta y no siempre la rehabilitación es garantía de obtener mejores condiciones.

El objetivo de este estudio era conocer el grado de dependencia funcional en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los participantes de la investigación, y durante el curso del mismo, se consideró que también sería importante conocer cómo influye el factor de la Terapia de Rehabilitación en esta patología, sin embargo sabemos que la Rehabilitación no es la única intervención que favorece el pronóstico de vida y función en el paciente con ictus, sino que también intervienen otros factores. Durante la aplicación del instrumento de

evaluación de nuestro estudio, nos percatamos que al mencionar la Terapia de Rehabilitación a los pacientes; conlleva considerar otros aspectos, como lo son:

- 1) Conocer el territorio cerebral afectado tras el Ictus, y que esto a su vez también influiría tanto:
 - En el tipo de rehabilitación recomendada de acuerdo al tipo de afección generada a nivel motor, cognitivo o sensorial, y
 - Establecer el tiempo de duración recomendado de la terapia.
- 2) El lapso de tiempo en el que cada paciente comenzó la terapia de rehabilitación tras el ACV isquémico.
- 3) El sitio donde se llevaría a cabo dicha terapia, ya que algunos pacientes comentaron que acudieron a Unidades de Medicina Física y Rehabilitación institucionales (IMSS, ISSSTE, SSA), otros decidieron acudir a Servicios Particulares y algunos solo realizaron la terapia de rehabilitación que se les comentó tras alguna revisión médica, en su propio domicilio.
- 4) Evaluar en pacientes que realizaron terapia de rehabilitación en su propio domicilio si tienen el conocimiento y/o adecuada capacitación de la terapia a realizar, y de igual manera si se cuenta con la red de apoyo y la solvencia económica que garantice los resultados esperados.
- 5) Seguimiento en todos los pacientes a corto y largo plazo, mediante escalas que permitan la evaluación de cada paciente.

Por lo que nosotros consideramos que el estudiar a la Terapia de Rehabilitación en pacientes con antecedente de Ictus, abre campos de nuevas líneas de Investigación en nuestra Unidad de estudio.

En cuanto al resultado en el Índice de Barthel, nosotros encontramos resultados diferentes a los de Capiñala H. Bettencourt M. que en su artículo "Impacto socioeconómico del accidente cerebrovascular en pacientes y familiares" donde se determinó el grado de dependencia funcional mediante el índice de Barthel a una población de 56 pacientes con antecedente de ACV Isquémico en un hospital local de Sudamérica, se observó que más del 70% de los pacientes presentaron cierto grado de dependencia, predominando grado moderado y que solo 9 pacientes eran independientes, es decir tan solo el 16.1% de la muestra; ya que en nuestro estudio del total de los participantes, el 86 % resultó con una Dependencia Leve en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, lo cual nos representa un buen pronóstico en cuanto a la función de los pacientes para poder realizar las ABVD y así tener autonomía y autocuidado, lo que, de manera global, también representa menor repercusión a nivel emocional, familiar y económico. El 8 % de la muestra resultó con Independencia total de las ABVD lo cual representa aún más, un mejor pronóstico de la funcionalidad de los pacientes, ya que son totalmente independientes para realizar las ABVD. Y el 6 % de la muestra resultó con Dependencia Moderada de las AVBD, lo que conlleva un menor pronóstico favorable de las capacidades funcionales para realizar las ABVD y, por lo tanto, genera cierto grado de dependencia de terceros, así como mayor repercusión a nivel emocional, familiar y económico.

En esta investigación no se obtuvo reporte de pacientes con Dependencia Grave ni Dependencia Total de las ABVD.

SUGERENCIAS

Esta investigación aportara datos estadísticos a la Unidad de Medicina Familiar Número 21 para conocer el grado de dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de personas con antecedente de Accidente Cerebro Vascular tipo Isquémico; los resultados serán útiles para futuras investigaciones, así como la posible implementación de programas y seguimiento de esta población.

CONCLUSIONES

En la población de 50-84 años adscrita a nuestra Unidad de Medicina Familiar N° 21 del IMSS con antecedente ACV isquémico, y de acuerdo a esta investigación, más del 80 % de los individuos cursa con Grado de dependencia Leve en la ejecución de las ABVD, lo cual corroboró la hipótesis de trabajo que en base a la revisión bibliográfica se estableció al inicio de este estudio. Esto contempla que más del 70 % de la población tienen un buen pronóstico al realizar las actividades básicas de la vida diaria encaminadas para el autocuidado y

movilidad sin precisar de ayuda de otros en su totalidad, esto a su vez, contempla una menor repercusión económica, emocional, familiar, social y de salud.

En nuestra muestra de pacientes, hubo un predominio poco significativo de la afección en hombres, ya que se aplicó el cuestionario a 37 hombres y 35 mujeres.

Nuestro estudio coincide con el riesgo de desarrollar ACV ante la presencia de los factores de riesgo cardiovasculares como la hipertensión arterial, la diabetes y el tabaquismo, los cuales estuvieron presentes en más de la mitad de nuestros participantes, e incluso 27 pacientes contaban con estas 3 principales comorbilidades de manera simultánea. Lo cual nos conduce a seguir trabajando en las estrategias de atención primaria para la prevención y control de estas patologías.

Sin duda alguna, reconocemos que la Terapia de Rehabilitación es esencial para mejorar el pronóstico funcional y cognitivo de aquellos pacientes que hayan presentado ictus; misma que merece ser estudiada de manera más detallada para reconocer los factores que influyen en sus resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choreño-Parra JA, Carnalla-Cortés M, Guadarrama-Ortíz P. Enfermedad vascular cerebral isquémica: revisión extensa de la bibliografía para el médico de primer contacto. Med Int Mex. 2019; 35 (1): 61-79.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2019/mim191h.pdf>
2. Alessandro L. cols. Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. Medicina 2020; 1 (80): 54-68

<https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/n1/54.pdf>

3. Real Delor R. Jara Castillo F. Pronóstico vital y secuelas neurológicas en los pacientes con accidente cerebrovascular del Hospital Nacional, Paraguay. Revista Cubana de Medicina. 2016; 55 (3): 181-189
<http://scielo.sld.cu/pdf/med/v55n3/med02316.pdf>
4. Parra Cabrera M. del S. Factores pronósticos de la supervivencia, recurrencia y secuelas en pacientes con Enfermedad Vascul ar Cerebral del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México, DF. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, 2017
<https://catalogoinsp.mx/files/tes/055290.pdf>
5. Bender BJE. Las enfermedades cerebrovasculares como problema de salud. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2019; 9 (2): 1-7
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2019/cnn192a.pdf>
6. Mesa BY, Hernández RTE, Parada BY. Factores determinantes de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2017;16 (5): 735-750.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2017/hcm175g.pdf>
7. Gómez J. Capacidad funcional del adulto mayor según la escala de Barthel En hogar geriátrico. Programa de Medicina Humana. Noviembre 2015.
<https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/457/Capacidad%20funcional.pdf;jsessionid=8CEFAF3E15F7F533AA0CE4A97A061308?sequence=1>
8. Gutiérrez SR, Bolaños AO, Rodríguez MA, et al. Programa de rehabilitación intensiva precoz en pacientes con enfermedad cerebro vascular. Invest Medicoquir. 2020; 12 (2)
<https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2020/cm-q202j.pdf>
9. Ramírez-Alvarado G, Téllez-Alanís B. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en México: Ausencia de registro de las secuelas cognitivas. Rev Mex Neuroci. 2016;17(2):59-70.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2016/rmn162g.pdf>
10. Westerlind, E., Hörsell, D. & Persson, H.C. Different predictors after stroke depending on functional dependency at discharge: a 5-year follow up study. BMC Neurol 20, 263 (2020)
<https://bmcneurol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12883-020-01840-y.pdf>

11. Chan-Lin C. Yueh-Peng C. Functional Recovery Patterns of Hemorrhagic and Ischemic Stroke Patients Under Post-Acute Care Rehabilitation Program. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2020;16 1975-1985
<https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=60612>
12. Capiñala H. Bettencourt M. Impacto socioeconómico del accidente cerebrovascular en pacientes y familiares. *Revista Científica Multidisciplinar*. 2020; 13 (10): 05-40
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/accidente-vascular-cerebral>
13. Costa A. Viana A. Cols. Positive Balance Recovery in Ischemic Post-Stroke Patients with Delayed Access to Physical Therapy. *BioMed Research International*. 2020. 8 pages
<https://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2020/9153174.pdf>
14. Murie Fernández M. Molleda Marzo M. Predictors of Neurological and Functional Recovery in Patients with Moderate to Severe Ischemic Stroke. *Stroke Research and Treatment*. 2020. 13 pages
<https://downloads.hindawi.com/journals/srt/2020/1419720.pdf>
15. Rabinstein A. Update on Treatment of Acute Ischemic Stroke. *American Academy of Neurology*. April 2020: 268-286
<https://cdn.mednet.co.il/2020/04/Acute-Stroke.pdf>
16. Kuriakose D. Pathophysiology and Treatment of Stroke: Present Status and Future Perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*. October 2020
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7589849/pdf/ijms-21-07609.pdf>
17. Herpich F. Management of Acute Ischemic Stroke. *Critical Care Medicine*. November 2020; 48 (11): 1654-1663
https://journals.lww.com/ccmjournal/fulltext/2020/11000/management_of_acute_ischemic_stroke.13.aspx
18. Pilato F. Predicting Factors of Functional Outcome in Patients with Acute Ischemic Stroke Admitted to Neuro-Intensive Care Unit—A Prospective Cohort Study. *Brain Sciences*. 2020; 10
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7761293/>
19. Young M. Disabling stroke in persons already with a disability. *Neurology*. February 2020; 94 (7): 306-310
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7176295/pdf/NEUROLOGY2019013045.pdf>
20. Grefkes C. Recovery from stroke: current concepts and future perspectives. *Neurological Research and Practice*. 2020; 2 (17)

ANEXOS

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”

**“GRADO DE DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN
PACIENTES DE 50 A 84 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE CEREBRO
VASCULAR ISQUÉMICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 FRANCISCO
DEL PASO Y TRONCOSO”**

Hernández Aguilar Brenda¹, Mendo Reygadas Alyne²

¹Residente De Segundo Año En La Especialidad Médica De Medicina Familiar. ²Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS.

ÍNDICE DE BARTHEL

Actividades Básicas de la Vida Diaria

NOMBRE: _____
 NSS: _____ FECHA: ____ / ____ / 2022
 TELEFONO: _____ CONSULTORIO: _____

INSTRUCCIONES PARA EL APLICADOR:

A continuación, rellene cada celda de acuerdo a los datos del paciente obtenidos en el interrogatorio:

Edad: _____ Años Sexo: Hombre ____ Mujer ____ Hipertensión Arterial: Si ____ No ____
 Diabetes Mellitus: Si ____ No ____ Tabaquismo: Si fuma o fumaba ____ Nunca ha fumado ____
 Peso: _____ kg Estatura: _____ cm IMC: _____ kg/m² Obesidad: I II III Sin obesidad
 Terapia de Rehabilitación:
 Si realizo o realiza ____ < de 3 meses ____ 3 meses a 6 meses ____ > 6 meses a 1 año ____ > de 1 año ____
 No realizo ____

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE Y/O FAMILIAR:

Marque con una “X” sobre el número de acuerdo a la respuesta que considere más adecuada en cada actividad:

BAÑARSE		
5	Independiente:	Se baña completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin ayuda, ni ser supervisado.
0	Dependiente:	Necesita ayuda o supervisión.
VESTIRSE		
10	Independiente:	Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos sin necesitar ayuda.
5	Ayuda:	Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable sin ayuda.
0	Dependiente:	Necesita ayuda para la mayoría de las tareas.
ASEO PERSONAL		
5	Independiente:	Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavarse los dientes, maquillarse y afeitarse.
0	Dependiente:	Necesita alguna ayuda para alguna de estas actividades.
USO DEL RETRETE O TAZA DE BAÑO		
10	Independiente:	Usa el retrete o taza de baño. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.
5	Ayuda:	Necesita ayuda para mantener el equilibrio sentado, limpiarse, ponerse o quitarse la ropa.
0	Dependiente:	Necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño.

USO DE ESCALERAS		
10	Independiente:	Sube o baja escaleras sin supervisión, puede utilizar el barandal o bastón si lo necesita.
5	Ayuda:	Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.
0	Dependiente:	Es incapaz de subir y bajar escaleras, requiere de ascensor o de ayuda completa.
TRASLADO CAMA-SILLÓN		
15	Independiente:	No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas se traslada a la cama independientemente.
10	Mínima ayuda:	Incluye supervisión o una pequeña ayuda para el traslado.
5	Gran ayuda:	Requiere de una gran ayuda para el traslado (de una persona fuerte o entrenada), es capaz de permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente:	Requiere de 2 personas o una grúa de transporte, es incapaz de permanecer sentado.
DESPLAZAMIENTO		
15	Independiente:	Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto un andador. Si utiliza prótesis ponérsela y quitársela solo.
10	Ayuda:	Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión por otra persona (física o verbal), o utilizar andador.
5	Independiente en silla de ruedas:	Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros sin ayuda ni supervisión.
0	Dependiente:	No camina solo o no propulsa su silla solo.
CONTROL DE ORINA		
10	Continencia:	No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, es capaz de atender solo su cuidado.
5	Incontinencia ocasional:	Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.
0	Incontinencia:	Episodios de incontinencia con frecuencia más de una vez en 24 horas. Incapaz de manejar solo con la sonda o colector.
CONTROL DE HECES		
10	Continencia:	No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se los administra solo.
5	Incontinencia ocasional:	Episodios ocasionales una vez por semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
0	Incontinencia:	Más de un episodio por semana.

ALIMENTACIÓN		
10	Independiente:	Capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada o servida por otra persona.
5	Ayuda:	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo.
0	Dependiente:	Depende de otra persona para comer.

	TOTAL
--	-------

PUNTAJE:	< 20	20-35	40-55	≥ 60	100
GRADO DE DEPENDENCIA:	DEPENDENCIA TOTAL	GRAVE	MODERADO	LEVE	INDEPENDIENTE

DISPONIBLE EN:

http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Covid_19/Unidad_3/8.%20Indice-barthel.pdf

TRÍPTICO INFORMATIVO

Rehabilitación cognitiva Mejora mis pensamientos, memoria y habilidades

- ✓ Leer 
- ✓ Escribir la fecha 
- ✓ Leer las manecillas del reloj 
- ✓ Intentar vestirse y comer solo 
- ✓ Ordenar platos y cubiertos de plástico sobre la mesa 
- ✓ Juegos de mesa como memorama, sopa de letras, domino y rompecabezas. 

¿Sabías que...?
el **DÍA MUNDIAL DEL ICTUS O INFARTO CEREBRAL**
se conmemora el
29 de Octubre



Día Mundial del Ictus
29 de Octubre

Si tienes más dudas acerca de esta enfermedad acude a tu **Clinica del IMSS para mayor información y Revisión Médica.**



Ubicación: Avenida Plutarco Elías Calles N° 473,
Colonia Santa Anita, Alcaldía Iztacalco CDMX
Teléfono: 5557686000
Extensión 21407

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"



¿QUÉ ES EL INFARTO CEREBRAL?




Elaboró Médico Residente 2° año de
MEDICINA FAMILIAR
Dra. Hernández Aguilar Brenda

INFARTO CEREBRAL

El infarto cerebral es cuando una **arteria del cerebro se obstruye**, generando una **Interrupción del flujo sanguíneo** de manera inesperada.



También conocido como:

- ★ ICTUS
 - ★ STROKE
 - ★ ATAQUE CEREBRAL
 - ★ INFARTO CEREBRAL
 - ★ ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO
- 

¿Cuáles son los Factores de Riesgo?

- × Presión alta 
- × Tabaquismo 
- × Problemas cardiacos 
- × Colesterol alto 
- × Obesidad 
- × Diabetes 

¿Cuáles son los Síntomas?

- Entumecimiento o parálisis de la cara, brazo o pierna 
- Pérdida del equilibrio repentina 
- Dolor de cabeza muy intenso 
- Dificultad para hablar, Alteraciones visuales súbitas 

¿Qué puedo hacer para mejorar mi condición después de que me dio un Infarto Cerebral?

Rehabilitación motora Mejora mis movimientos

- ✓ Realizar gestos con la cara
- 

- ✓ Extensión de las rodillas 

- ✓ Marchar 

- ✓ Golpes con la punta del pie 

- ✓ Flexión de los brazos 