



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



INFORME DE TESIS

NIVEL DE DEPENDENCIA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN
PERSONAS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

TESIS

Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

P R E S E N T A

L.E. Fatima Enríquez Blanco

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez

COASESORA DE TESIS

Dra. Maribel Cruz Ortiz



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



INFROME DE TESIS

NIVEL DE DEPENDENCIA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN
PERSONAS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

TESIS

Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

PRESENTA

L.E. Fatima Enríquez Blanco

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez

COASESORA DE TESIS

Dra. Maribel Cruz Ortiz



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



INFORME DE TESIS

NIVEL DE DEPENDENCIA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN
PERSONAS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

TESIS

Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

PRESENTA

L.E. Fatima Enríquez Blanco

SINODALES

M.S. P Guadalupe Guerrero Rosales

Presidenta

Dra. Maribel Cruz Ortiz

Secretaria

Dra. Ma. Del Carmen Pérez
Rodríguez

Vocal



Firma



Firma



Firma

RESUMEN

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) es la segunda causa de muerte, además es la primera causa de discapacidad a nivel mundial originando secuelas neurológicas y neuropsicológicas que generan niveles de dependencia e impactando en su calidad de vida. **Objetivo:** Identificar el nivel de dependencia y su relación con la calidad de vida en personas con ACV. **Metodología:** Estudio cuantitativo, correlacional, no experimental, transversal, retrospectivo. Datos obtenidos por técnica de bola de nieve y Hospital General del ISSSTE. Muestreo no aleatorio, con un tamaño de muestra establecido por cuota en el periodo de tiempo de noviembre a mayo del 2018. Los datos fueron analizados por pruebas no paramétricas de correlación como Tau-b de Kendall. **Resultados:** Conformado por 25 personas con ACV, la mayor parte fueron mujeres, con una media de edad de 68.72 ± 19.15 . El 32% falleció durante el periodo del estudio. El tipo de ACV más presentado fue isquémico. El factor de riesgo con mayor frecuencia fue hipertensión arterial. El nivel de dependencia con mayor porcentaje en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) fue clasificada en incapacidad severa e incapacidad leve debido a la variación en los tiempos de evolución del ACV y el número de eventos presentados. El nivel de dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) con mayor porcentaje fue la dependencia total. Se encontró un nivel de calidad de vida clasificada como calidad de vida con afectación leve. La correlación entre las AVD y CV/AIVD y CV fue negativa siendo un resultado estadísticamente significativo.

PALABRAS CLAVE: Accidente Cerebrovascular, dependencia, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: The cerebrovascular accident (CVA) is the second cause of death, it is also the first cause of disability worldwide causing neurological and neuropsychological sequelae that generate dependency levels and impacting on their quality of life. Objective: To identify the level of dependence and its relationship with quality of life in people with stroke. Methodology: Quantitative, correlational, non-experimental, transversal, retrospective study. Data obtained by snowball

technique and General Hospital of ISSSTE. Non-random sampling, with a sample size established by quota in the time period from November to May 2018. The data was analyzed by nonparametric correlation tests such as Kendall's Tau-b. Results: Conformed by 25 people with stroke, the majority were women, with an average age of 68.72 ± 19.15 . 32% died during the study period. The most presented type of stroke was ischemic. The risk factor most frequently was hypertension. The level of dependency with the highest percentage in the Activities of Daily Living (ADL) was classified as severe disability and mild disability due to the variation in the evolution times of the LCA and the number of events presented. The level of dependency in the Instrumental Activities of Daily Living (IADL) with the highest percentage was total dependence. A level of quality of life classified as quality of life with mild affectation was found. The correlation between ADL and CV / IADL and CV was negative, being a statistically significant result.

KEY WORDS: Stroke, Dependency, Quality of life

AGRADECIMIENTOS

En este camino de formación existen personas clave que sin ellas hubiera sido más complicado el trayecto. Le agradezco a mis padres y hermano por su apoyo durante todos estos años haciéndome creer que todo es posible con trabajo y esfuerzo. A mi madre por el cariño, comprensión y cuidado que ha tenido conmigo desde niña. A mi padre que me ha ayudado a través del tiempo por fomentar su motivación hacia el estudio y disciplina. A Ernesto por sus palabras de aliento y apoyo cuando todo se puso difícil.

A esas dos personas que desde la licenciatura me brindaron su apoyo incondicional, su asesoría, enseñanzas y su amistad, maestra Carmen y Maribel son las personas que más estimo de toda la facultad, la palabra gracias se queda corta para todo lo que tengo que agradecerles, me ayudaron en mi aprendizaje escolar durante toda mi estancia en esta facultad, pero sobretodo me enseñaron sobre la vida, sin duda alguna siempre quedaran en mi memoria y corazón.

Este apartado se quedaría sin vida si no te dijera Iván lo especial que eres para mí, apareciste en el momento que más me hacía falta un amigo en la vida, cuando el panorama se veía triste y desfavorable llegaste tú a alegrarme la vida, apoyarme y cuidarme. Conviviste conmigo este proceso de maestría y ambos sabemos el trabajo y esfuerzo que nos costó, de verdad gracias por todas las muestras de apoyo y cariño.

A todos mis amigos y compañeros de la maestría gracias por su amistad, por su tiempo y enseñanzas. A mis amigos de la vida y de la carrera gracias por su comprensión y muestras de amistad, cada quien tomó su camino, pero los recuerdos quedan.

Finalmente, gracias a las personas que participaron en este estudio por su tiempo y la confianza depositada en mi para poder participar, por su disponibilidad y compartir parte de su experiencia en el ACV.

ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	I
AGRADECIMIENTOS	III
INTRODUCCIÓN	3
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 JUSTIFICACIÓN	5
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
II. MARCO TÉORICO. ANTECEDENTES	10
2.1 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	10
2.2 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	10
2.2.1 CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	11
2.3 COMPLICACIONES DEL ACV	12
2.4 ESTRATEGIA PASO A PASO DE LA OMS PARA LA VIGILANCIA DE ACV	13
2.4.1 PERSPECTIVA GENERAL DE LA VIGILANCIA PASO A PASO DE LOS ACV	14
2.4 DEPENDENCIA	15
2.4.1 CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA	16
2.4.1 ESTUDIOS PREVIOS SOBRE NIVEL DE DEPENDENCIA	17
2.5 CALIDAD DE VIDA	18
2.5.1 ESTUDIOS PREVIOS SOBRE CALIDAD DE VIDA	20
III. OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
IV HIPÓTESIS	23
V METODOLOGÍA	24
5.1. TIPO DE ESTUDIO	24
5.2. DISEÑO METODOLÓGICO	24
5.3. LÍMITES DE TIEMPO Y ESPACIO	24
5.4. UNIVERSO	24
5.5. MUESTRA (TIPO Y TAMAÑO)	24
5.6. PRUEBA PILOTO	25
5.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN	25
5.7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
5.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
5.7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	25
5.8 VARIABLES	25
5.9 INSTRUMENTOS	26
5.9.1 STEP-STROKE	26
5.9.2 ÍNDICE DE KATZ	27
5.9.3 ESCALA DE LAWTON-BRODY	28
5.9.4 ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DEL ICTUS (ECVI-38/SAQOL-39) ...	29
5.10 PROCEDIMIENTOS	29
5.10.1 PARA LA APROBACIÓN DEL PROYECTO	29
5.10.2 PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	29
5.10.4 PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS	34

ÍNDICE

5.10.5 PARA LA DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS	34
5.11 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS	34
VI CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	35
6.1 CONSIDERACIONES INTERNACIONALES	35
6.2. CONSIDERACIONES NACIONALES	36
6.3. CONSIDERACIONES ESPECIALES	36
6.4 DERECHOS DE AUTORÍA	37
6.5 DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERESES	37
VII RESULTADOS.....	38
7.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON ACV.	39
7.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PERSONAS CON ACV	40
7.3 NIVEL DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS CON ACV	48
7.3.1 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	48
7.3.2 ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	49
7.4 CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON ACV	49
VIII DISCUSIÓN.....	52
IX CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	46
ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	46
ANEXO 2 RECURSOS FINANCIEROS	47
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	47
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUIDADOR PRIMARIO.....	49
ANEXO 5. CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERÉS	51
ANEXO 6. INSTRUMENTOS PARA LA VIGILANCIA PASO A PASO DE ACB DE LA OMS	52
ANEXO 7. INDICE DE KATZ. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.....	58
ANEXO 8. ESCALA DE LAWTON-BRODY.AVD INSTRUMENTALES	59
ANEXO 9. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ICTUS ECVI-38	62
ANEXO 10. CARTA DEL COMITÉ ACADEMICO DE LA MAESTRÍA	64
ANEXO 11. CARTA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.....	65
ANEXO 12. CARTA DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL ISSSTE	67
ANEXO 13. CARTA DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL ISSSTE	68

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Desglose de la obtención de datos en la vigilancia paso a paso de los ACV.....	15
Cuadro 2. Instrumentos para estimar la dependencia	17
Cuadro 3. Estudios previos sobre dependencia.....	18
Cuadro 4. Instrumentos para evaluar calidad de vida	19
Cuadro 5. Instrumentos para evaluar calidad de vida.....	20
Cuadro 6. Clasificación del nivel de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria	28
Cuadro 7. Clasificación del nivel de dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	28
Cuadro 8. Relación entre las estrategias de prevención del STEP-STROKE y los niveles de prevención de Leavell-Clarck.	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nivel de dependencia en las AVD en personas con ACV.....	48
Gráfico 2. Nivel de dependencia en las AVD en personas con ACV.....	49
Gráfico 3 Niveles de calidad de vida en personas con ACV.	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de la vigilancia paso a paso de los ACV.....	14
Figura 2 Fuente de datos para la obtención de la información.....	30
Figura 3 Flujograma del recorrido de los pacientes con ACV y su relación con la metodología propuesta por la OMS.....	31
Figura 4 Flujograma de actividades por servicios en el Hospital General del ISSSTE “Carlos Diez Gutiérrez”	32
Figura 5. Distribución de la participación y aplicación de instrumentos en las personas con ACV	38

INTRODUCCIÓN

Algunas de las enfermedades no transmisibles tienen como característica ser de larga duración y lenta evolución. Dentro de estas enfermedades se encuentran las enfermedades cardiovasculares que constituyen la primera causa de muerte y los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) que se ubican en el segundo lugar.¹

El ACV además de ser la segunda causa de muerte se constituye como la primera causa de discapacidad a nivel mundial y se le atribuyen el 40% de muertes prematuras ya que se presenta en el periodo de mayor productividad de las personas, generando un importante impacto económico y social que aunado a la discapacidad que genera, lo convierte en una carga importante para los individuos, familias y sistemas de salud.¹

El ACV constituye un nuevo reto para el sistema de salud mexicano no solo por el aumento de los casos de la enfermedad, sino también por las acciones que se deben de emprender para controlar el periodo agudo, las secuelas derivadas y el alto riesgo de presentar otro ACV. Las secuelas que se presentan pueden ser físicas, sensoriales o psíquicas y generar afectaciones en la movilidad, problemas cognitivos, del habla, visión o de la coordinación motora, además pueden variar desde leves hasta graves e impactar directamente la calidad de vida de las personas, debido a la dependencia que puede generarles.²

En las personas con secuelas de ACV se puede ver mermada de forma importante la calidad de vida, ya que limita el desarrollo de las actividades de la vida diaria, afectando también sus funciones sociales y familiares que lo lleva a percibirse como una persona dependiente con limitaciones físicas, psicológicas, sociales que lo llevan a una disminución de oportunidades y productividad personal, así como a la falta de integración comunitaria y en general todo aquello que determine su calidad de vida.²

Debido a la importancia que engloba la calidad de vida es necesario medirla con mayor claridad en las personas después de un ACV, así mismo las dificultades para la realización en las actividades de la vida diaria e instrumentales. Por ello se

plantea el presente estudio que tiene como objetivo general identificar el nivel de dependencia y su relación con la calidad de vida en personas con ACV a través de un proyecto de investigación con enfoque cuantitativo, correlacional en el Hospital General del ISSSTE y por la técnica de bola de nieve en personas que sufrieron un ACV.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles (ENT) o también conocidas como enfermedades crónicas, suelen ser de larga duración y evolucionan lentamente; este grupo de enfermedades son responsables de la muerte de aproximadamente 38 millones de personas cada año.¹

Las ENT afectan en forma general a los diversos grupos de edad, aunque 16 millones de las muertes se generan en personas menores de 70 años, de éstas el 82% corresponde a las denominadas muertes “prematuras” que suceden sobre todo en países de ingresos bajos o medios.¹

Visto desde un panorama general, estas enfermedades afectan a muchas regiones, aunque se identifica especialmente en países de ingresos bajos y medios, donde se registra casi el 75% de las muertes por este grupo de enfermedades, lo cual se traduce en 28 millones de personas en el mundo.³

En el periodo comprendido entre 2006 al 2015, se observó un incremento del 17% en las muertes debidas a ENT (de las cuales la mitad corresponderá a las enfermedades cardiovasculares), lo que se traduce en una proporción significativa de la morbi-mortalidad. No obstante las ENT pueden prevenirse por medio de estrategias poblacionales y con acciones costo-efectivas accesibles tanto para las personas que ya las padecen como para quienes tienen un riesgo elevado de adquirirlas.²

Dentro de las ENT, la principal causa de muerte a nivel mundial fueron las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), y se calcula que aproximadamente 17,5 millones de personas murieron por esta causa en el año 2012, representando un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. Al ser desglosadas estas muertes 7,4 millones fueron a causa de una cardiopatía coronaria y 6,7 millones fueron por un Accidente Cerebrovascular (AVC).⁴

Específicamente hablando del ACV en el 2010 y se consideró como la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad adquirida en el mundo, ocasionando 5,7 millones de muertes, registrándose el 85% en países en desarrollo.³

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2007 en América Latina fallecieron 1,5 millones de personas a causa de las ECV, de los cuales 336,809 fueron por un ACV (183,689 mujeres y 153,120 hombres). En América Latina esta situación se torna más compleja dado que alrededor del 40% son muertes prematuras, denominadas así porque ocurren en el período de mayor productividad de la vida y por ello el impacto económico y social es más sustantivo. Adicionalmente a lo anterior, la tasa de discapacidad impacta al individuo, las familias y los sistemas de salud de forma importante.⁵

Dada la frecuencia con la que ocurre el fenómeno y de la preocupación que genera, la Secretaría de Salud en México en su programa de acción para la prevención del riesgo cardiovascular señala que en América Latina y el Caribe se calcula que cada cinco segundos ocurre un ACV y que aproximadamente entre 1.5 y 5% de la población que padece hipertensión arterial sistémica, muere cada año por causas directamente relacionadas con esta enfermedad.⁶

En países vecinos como Estados Unidos los ACV son la cuarta causa de muerte con un aproximado de 129,000 muertes, lo que indica que aproximadamente fallece una persona cada cuatro minutos y además de ubicarse entre las primeras causas de muerte, se constituye como una de las primeras causas de discapacidad en ese país.⁷

A nivel nacional en México, según la Health Situation in the Americas en sus indicadores básicos del año 2015, la tasa de mortalidad por ACV es de 25,5 por cada 100 000 habitantes y a nivel Latinoamérica fue de 40,1 en el año 2013.⁵

Dentro de las cinco principales causas de muerte enumeradas por el Instituto Nacional de Estadística Geografía (INEGI) en el 2013, se ubica a los ACV en el 5° lugar en el grupo de mujeres de 45 a 59 años con un 4,4%. En el grupo de 60 y más se posicionan en el 4° y 3° lugar en el grupo de hombres con el 6,3% y mujeres con el 7,4% respectivamente.⁸

Ante la situación del ACV en México, la Dirección General Adjunta de Epidemiología a través de la Dirección de Información Epidemiológica realizó un análisis sobre la década del 2000 al 2010 en la que menciona que hay una tendencia creciente y sostenida durante los últimos 7 años que implica un incremento de 27.7% entre 2004 y el 2010, siendo muy semejante en ambos sexos y ocupando el sexto lugar de las principales causas de defunción en 2010. La evolución de la mortalidad se infiere como lenta, regular y constante, esto se ve reflejado en las cifras porque pasó de 25,435 a 32,306, interpretado en tasas de mortalidad cambió de 25,8 a 28,8 por cada 100 000 habitantes. Para el 2013 el ACV presentó una tasa de mortalidad de 37 con 27,392 defunciones en este año.⁹

En términos de egresos hospitalarios por ACV, el INEGI en el estado de San Luis Potosí señala que en el 2010 se contabilizaron 1,138 casos con una tasa de 45,6. En cuanto a mortalidad por esa causa se presentaron 765 casos en 2010 con una tasa de 30,7 mientras que para los años 2011 y 2013 se registraron 743 y 772 casos respectivamente. Con los datos anteriores, el propio INEGI estima que las ACV constituyen un poco más del 5% de la mortalidad general y se ubicaron entre las primeras cinco causas de muerte.^{3,8}

En las diversas regiones del estado de San Luis Potosí la mortalidad por los ACV para el año 2009 se hizo presente en las cuatro regiones: En la región altiplano los ACV ocupan el 4° lugar, en la región centro fue el 5° lugar y tanto en la región media como en la huasteca ocupan el 3° lugar.¹⁰

Es necesario enfatizar que la preocupación no radica solo en la cantidad de muertes sino también en el momento del ciclo vital en el que ocurren ya que alrededor del 40% de las muertes por ACV se producen prematuramente y en México es la octava causa de muertes prematuras lo cual realza su importancia porque es justo en el momento de mayor productividad de la vida cuando el impacto económico y social es más sustantivo, y porque la tasa de discapacidad resultante es una carga demasiado pesada para los individuos, las familias, los sistemas de salud y desde luego para el cuidador primario.¹¹

Dado lo anterior, uno de los problemas centrales del ACV radica en que se trata de una patología generadora de discapacidad, dejando secuelas neurológicas y neuropsicológicas cuya severidad depende del área afectada y la extensión y cuyos efectos pueden variar desde leves hasta severos e incluir parálisis, problemas cognitivos, del habla, problemas de visión, y problemas en la coordinación motora que afectan la vida de las personas, no solo en la salud sino también en otras áreas como la integración social y laboral.¹²

Lo anterior incrementa el número de personas con necesidad de cuidado y atención, ya que cualquiera que sea el nivel de dependencia genera la necesidad de recibir apoyo para lograr mayor independencia.¹³ Esta situación da sentido al paradigma de los apoyos que ayudan de manera general a solventar la condición de salud de estos individuos y las restricciones que presentan.¹⁴

La importancia de este tema radica justamente en la visión de la enfermedad como generadora de discapacidad ya que aproximadamente un tercio de la población que ha tenido un ACV se vuelve totalmente dependiente debido a las secuelas generadas. Sin importar el grado de afectación, el regreso a casa se convierte en una experiencia difícil para las personas porque intentan adaptarse a la nueva condición de la que forma parte la limitación de su funcionalidad, el estrés, la depresión o la reducción de la calidad de vida, entre otros.

Cuando se habla de limitaciones, surge como concepto en espejo la dependencia, entendida esta como el apoyo que requiere una persona para satisfacer sus necesidades básicas de forma parcial o total en relación a las actividades que realiza en la vida diaria en los contextos habituales de cualquier persona y que pueden por tanto deteriorar su calidad de vida que engloba la salud física, el estado psicológico, relaciones sociales, creencias personales y relación con el entorno.¹⁵

A las afectaciones personales, se agregan las dificultad para el acceso a los servicios de salud que se involucran para mejorar la calidad de vida de estas personas una vez que egresan del hospital, por ejemplo los servicios de rehabilitación y atención domiciliaria, al no tener acceso a ellos de manera oportuna

se dificultan la mejoría de las personas con ACV teniendo un impacto importante en la calidad de vida de ellas.¹⁶

De forma particular la evaluación de la calidad de vida ayuda a tener un mejor panorama de la situación de la persona con ACV porque contribuye a visualizar un panorama extenso que refleja de forma indirecta y en buena medida el estado de las redes de servicios sanitarios en particular, pero sobre todo las redes sociales formales e informales. Estas evaluaciones en investigaciones recientes se están tomando con mayor frecuencia para valorar el estado funcional de la persona y la calidad de vida en relación con su estado de salud de ahí también la importancia de retomarla en esta investigación.¹⁷

Las instituciones de salud que brindan atención en México en el sector público están diferenciadas de acuerdo a su población usuaria, pero se distinguen claramente tres que son centrales porque atienden a la mayoría de la población: IMSS, Seguro Popular e ISSSTE, esta última institución atiende al menos al 18% de la población mexicana y registra al 32% de sus usuarios laboralmente activos en el grupo de 40 a 49 años, y al 69.8% de sus usuarios pensionados con 60 años o más.^{18, 19}

Lo anterior es relevante porque es en esa institución donde se desarrolló esta investigación los derechohabientes están en los rangos de edad señalados y que estos usuarios se encuentran dentro del perfil epidemiológico de las enfermedades cerebrovasculares en México que identifica un 87.7% de las muertes por ACV generalmente se da en los mayores de 55 años.³ Los datos señalados anteriormente fortalecen la pertinencia de este estudio en este tipo de instituciones y grupo de edad con la finalidad de medir las variables estudiadas.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre el nivel de dependencia y la calidad de vida en personas con accidente cerebrovascular?

II. MARCO TEÓRICO. ANTECEDENTES

2.1 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Las ENT o también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona y entre sus características más frecuentes están el ser de larga duración y lenta evolución. Las principales cuatro enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.¹

El incremento de estas enfermedades se ha asociado a factores tales como el envejecimiento poblacional y el cambio en los estilos de vida, que son causa de muerte prematura y evitable en la Región de las Américas. Lo anterior genera una pesada carga social y económica, especialmente asociada al aumento de los gastos de tratamiento y el deterioro del bienestar individual y familiar.^{20,21}

El impacto que tienen las enfermedades no trasmisibles sobre los sistemas de salud se muestra en el incremento del presupuesto nacional por aumento de la demanda de servicios de cuidado que no obstante son insuficientes para la demanda y que pone sobre la mesa no solo la discusión económica sino también la discusión ética sobre la insuficiente respuesta a esta problemática de salud pública.²⁰

2.2 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

La OMS define como accidente cerebrovascular a la afección neurológica focal (o a veces general) de aparición súbita, que puede perdurar más de 24 horas (o causar la muerte) y de presunto origen vascular. La definición anterior excluye:

- EL accidente isquémico transitorio (AIT), definido como una duración menor a 24 horas en la presencia de síntomas neurológicos focales.
- Hemorragia subdural
- Hemorragia epidural
- Intoxicaciones
- Síntomas causados por traumatismos

Al hablar de una afección, a veces general, se hace referencia a los pacientes con hemorragia subaracnoidea o coma profundo excluyendo el coma de origen vascular sistémico en el caso de:

- Choque
- Síndrome de Stoke-Adams
- Encefalopatía hipertensiva.²²

Como ya se ha mencionado anteriormente encabeza las proyecciones de la carga mundial de morbilidad en ENT para el año 2030, es una causa de discapacidad al provocar diversas deficiencias: estructurales, fisiológicas y psíquicas, sumándose a eso una gran gama de limitaciones para la actividad y restricciones en la participación de la persona. No solo constituye una actividad nosológica sino su importancia va más allá abarcando un fenómeno multidimensional en donde las intervenciones clínicas no son únicas y demanda intervenciones multidisciplinarias e intersectoriales en la esfera personal, familiar, laboral, recreativa, etc.²³

2.2.1 CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Existen diversas clasificaciones para el accidente cerebrovascular, para este estudio se basará en la clasificación que marca la “Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares”.

a) ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

La enfermedad vascular cerebral isquémica se diagnostica cuando las personas presentan signos neurológicos por ejemplo motores, sensitivos, disartria, afasia, vértigo, afecciones visuales, con una duración mayor a 24 horas, verificado por un estudio de imagen como la tomografía y/o resonancia magnética.¹⁸

La interrupción de oxígeno y glucosa se producen por una disminución del flujo sanguíneo cerebral, y este ocurre ante cualquier proceso que estreche u ocluya un vaso cerebral que con frecuencia están asociados a un estrechamiento arterial producido generalmente por depósitos de lípidos en la pared (ateromas).²⁴

b) ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRAGICO

Este tipo de ACV se presenta con síntomas neurológicos de forma repentina manifestado por cefalea, náusea, vómito, afasia o hemiparesia corroborándose por medio de un estudio de imagen como en el tipo de ACV anterior.¹⁸

Este tipo de ACV es uno de los más graves siendo resultado de una interrupción en las paredes de un vaso sanguíneo debilitando por una hipertensión arterial de larga duración o por un ensanchamiento congénito en la pared vascular a un aneurisma. En el primer caso, la hemorragia pasa en el parénquima cerebral (hemorragia intracerebral). En el segundo caso, además de agregarse una hemorragia hacia el líquido cefalorraquídeo en ocasiones los aneurismas se ubican generalmente en la superficie de los hemisferios. Ambas clases de hemorragias (intracerebral, subaracnoidea) tienen un pronóstico reservado, debido al efecto de masa y compresión de estructuras cerebrales vecinas y al severo espasmo de los vasos cerebrales debido a la presencia de sangre en el LCR (Líquido Cefalorraquídeo).²⁴

2.3 COMPLICACIONES DEL ACV

Las complicaciones del ACV están determinadas por varios factores, por ejemplo, localización de la obstrucción, la afectación del tejido cerebral, la velocidad con que se restablece nuevamente el flujo sanguíneo y la rapidez con la que las zonas no afectadas suplen las que si fueron afectadas.²⁵

Entre los sobrevivientes de un ACV en ocasiones existen complicaciones permanentes en una o varias funciones. Un 60% de las personas con ACV quedan con una disfunción motora en la extremidad superior y que puede evolucionar a una discapacidad física a largo termino.²⁷

Otras complicaciones que se presentan son: dificultad para moverse, dificultades de la memoria, la visión y el lenguaje por mencionar algunas, pero lo más relevante es su implicación para la aparición de dependencia en diversos grados que se refleja en datos como los que señalan que del 30 al 40% de los supervivientes no están en condiciones para regresar el trabajo y necesitan ayuda en las actividades

de la vida diaria en el primer año.²⁰ De estos sobrevivientes la rehabilitación puede subsanar estos déficits neurológicos, funcionales y discapacidad.²⁷

2.4 ESTRATEGIA PASO A PASO DE LA OMS PARA LA VIGILANCIA DE ACV

La OMS ha señalado la importancia de realizar una adecuada vigilancia de los ACV mediante registros precisos y completos, dado que ayudaría a obtener un marco de referencia para la obtención de datos y establecer una línea de base que permita realizar una comparación a lo largo del tiempo de manera local o entre otros contextos nacionales e internaciones. Por otra parte, esos datos serían esenciales para poder mejorar la asignación de recursos en el área de salud ya que se señala que, en muchos países, la ausencia de estos datos representa una barrera para poder coordinar de manera adecuada la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los ACV.

Los señalamientos anteriores son relevantes dado que la transición epidemiológica que se experimenta en todo el mundo apunta que en el futuro inmediato se requerirán estrategias para reducir la carga que dejan los ACV en la población y garantizar de forma adecuada los recursos en salud. La estrategia de vigilancia paso a paso de los ACV propuesta por la OMS recoge la lógica de asignar acciones diferenciadas en los tres niveles de prevención y por ello explora los factores de riesgo, así como la frecuencia, magnitud y tendencia de los ACV con la finalidad de diseñar y ejecutar intervenciones adecuadas que una vez puestas en marcha deben ser vigiladas para evaluar su eficacia.

Otros de los resultados previstos en la implementación de esta estrategia son:1) Generación de mayor conocimiento por medio de sistemas de calidad para la vigilancia, a corto plazo dentro en los hospitales y a largo plazo en la comunidad. 2) Creación de redes de investigación. 3) Concientización en las enfermedades no transmisibles en la comunidad. 4) Priorización de necesidades en cada país en los niveles de prevención en el contexto de los planes nacionales.²²

2.4.1 PERSPECTIVA GENERAL DE LA VIGILANCIA PASO A PASO DE LOS ACV

El método de vigilancia paso a paso propuesto por la OMS proporciona un sistema flexible y una gran área de oportunidad para que los países comiencen, contribuyan y compartan datos sobre esta enfermedad.

Como se observa en la **figura 1** las bases de esta estrategia están focalizadas a tres grupos diferentes de personas con el ACV en cualquier comunidad o población. En el paso 1 se recoge información de las personas con ACV en establecimientos de salud. La identificación de los casos mortales en la comunidad se establece en el paso 2. Finalmente, en el último paso habla sobre los casos no mortales de personas en la comunidad.²²

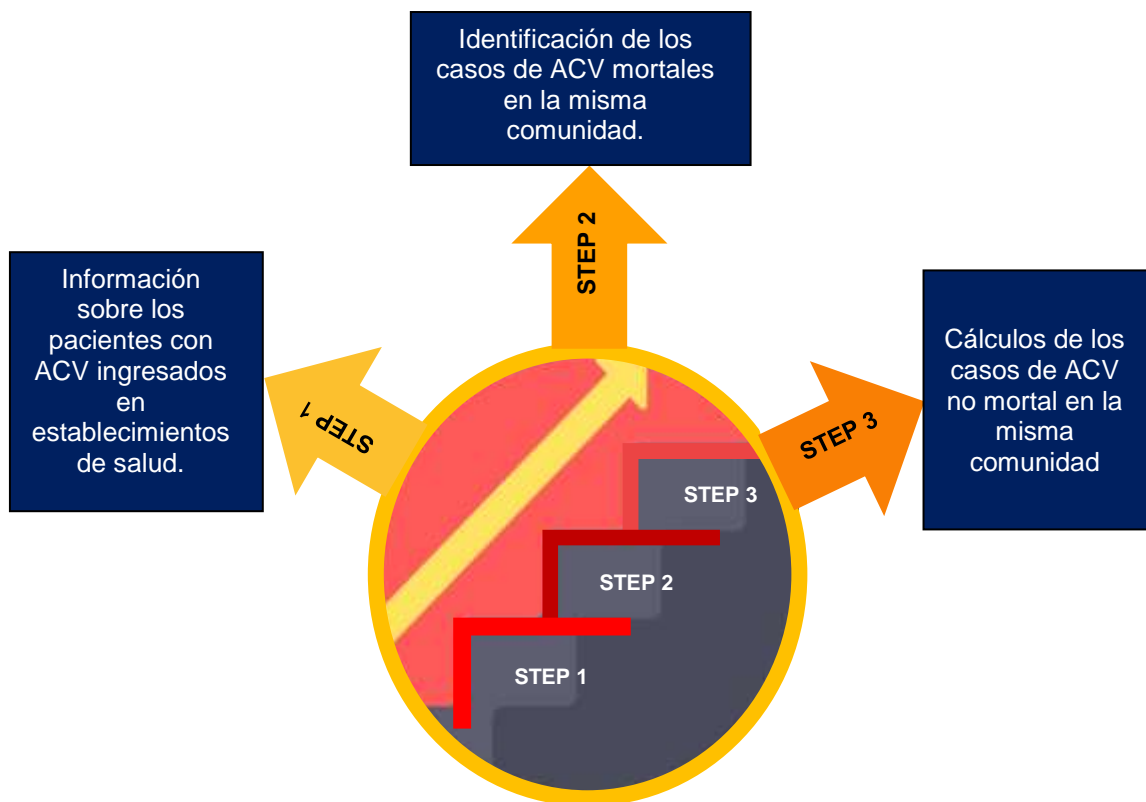


Figura 1. Diagrama de la vigilancia paso a paso de los ACV.

Para volver operativa la estrategia, la OMS diseñó como instrumento el STEP-STROKE que forma parte de las herramientas para lograr esta vigilancia. Además de lograr un nivel de alcance en los tres niveles en cada paso, tiene dos áreas que

permiten elegir la profundidad con la que se exploran los datos (básico y ampliado) como se observa en el **cuadro 1**.

Cuadro 1. Desglose de la obtención de datos en la vigilancia paso a paso de los ACV.

PASO	BÁSICO	AMPLIADO	PROPORCIONA DATOS SOBRE
1 Casos hospitalizados (mortales y no mortales)	<ul style="list-style-type: none"> • Información demográfica • Momento de inicio • Estado vital 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento • Discapacidad • Tipo de ACV 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos de casos de ACV y mortalidad hospitalaria.
2 Casos mortales en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Información demográfica • Certificados de defunción o • Autopsia verbal 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de autopsia • Tipo de ACV 	<ul style="list-style-type: none"> • Muertes debidas a ACV.
3 Casos no mortales en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Información demográfica • Momento de inicio • Estado vital 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento • Discapacidad • Tipo de ACV 	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia y mortalidad por ACV.

Al estar compuesto por tres pasos, este sistema de vigilancia permite abordarlos de manera completa o parcial, ya que poner en marcha la estrategia completa requiere recursos, materiales, humanos y logísticos para su implementación y los costos y el nivel de complejidad se ven incrementados al identificar subgrupos de pacientes en cada paso. Por lo anterior, el grado de complejidad estará en función del desarrollo del servicio y de los recursos destinados en salud, cada país elegirá la cantidad de datos que piense que sea factible y en función de esto crear evidencia para mejorar las condiciones de las personas con ACV. ²²

2.4 DEPENDENCIA

El concepto de dependencia se entiende como el resultado de un proceso iniciado por un déficit de funcionamiento corporal a consecuencia de una enfermedad congénita o adquirida o accidente, que se traduce en una limitación en la actividad.²⁸ Otro concepto de dependencia es el definido por la ley de dependencia en España que refiere que es un estado permanente que por diversas causas por ejemplo la edad, enfermedad o la discapacidad, necesitan de otra persona para realizar actividades de la vida diaria o de apoyos para fomentar su autonomía. ²⁹

La definición de dependencia tiene como marco de referencia la limitaciones o incapacidad que tiene la personas para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Así, por ejemplo, Barthel evalúa en su escala las actividades de la vida diaria en relación con la incapacidad funcional para la realización de estas, en cambio Bealthes y Wahl definen a la dependencia como las necesidades que tienen las personas de ser apoyados para poder adaptarse al medio e interactuar en él y Abanto, tiene una perspectiva asistencial que se enfoca en las necesidades que tiene una persona y que afecta las acciones básicas de la vida diaria.^{23, 30}

2.4.1 CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA

Como ya se señaló, existen múltiples definiciones sobre la dependencia y por ello es lógico que exista multitud de instrumentos que intentan medirla de alguna forma. Por tratarse de una propuesta que no solo pretende medir el grado de afectación sino también el reflejo que ella tiene para la prestación de servicios sanitarios, describiremos de forma breve los niveles propuestos por la ley de dependencia en España.

Grado 1: Dependencia moderada.

Necesita ayuda en algunas de las actividades básicas de la vida diaria por lo menos una vez en el día o las actividades que realiza implica un apoyo intermitente o limitado para favorecer la autonomía de la persona.

Grado 2: Dependencia severa.

Necesita ayuda en algunas de las actividades básicas de la vida diaria por lo menos dos o tres veces en el día o las actividades que realiza, pero no implica un apoyo permanente de una persona que lo cuide o necesidades de apoyos permanentes para favorecer la autonomía de la persona.

Grado 3. Gran dependencia

Necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria varias veces en el día porque tiene una pérdida total de su autonomía en todas las esferas, el apoyo brindado es elemental.²⁹

Dentro de los instrumentos utilizados para estimar la dependencia se muestran de forma sintética en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Instrumentos para estimar la dependencia

	ESFERAS	CLASIFICACIÓN DE LA CV
Índice de Lawton-Brody	Capacidad para usar el teléfono Hacer compras Preparar la comida Realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa Utilización de los medios de transporte Responsabilidad respecto a la medicación Administración de su economía	A cada ítem se le asigna un valor numérico 1(independiente) ó 0 (dependiente), la puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total)
Índice de Katz	Baño Vestido Uso del escusado Movilidad Continencia Alimentación.	4-6 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve. 2-3 puntos = incapacidad moderada. 0-1 puntos = incapacidad severa.
Escala de Independencia Funcional FIM)	Autocuidado Control de esfínteres Movilidad Deambulaci3n Conocimiento social Comunicaci3n	Sin ayuda Dependencia modificada Dependencia completa
Escala de ranking modificada	No aplica	0-Sin sntomas 1-Sin incapacidad importante 2- Incapacidad leve 3- Incapacidad moderada 4- Incapacidad moderadamente severa 5- Incapacidad severa 6- Muerte

Los instrumentos sealados han sido utilizados en mltiples estudios que se enfocan no solo en la funcionalidad sino tambi3n en la calidad de vida, las afectaciones fsicas o la limitaci3n para realizar las actividades de la vida diaria.

2.4.1 ESTUDIOS PREVIOS SOBRE NIVEL DE DEPENDENCIA

Algunos de esos estudios sobre el nivel de dependencia en personas con ACV se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Estudios previos sobre dependencia

2011 Actualizaciones en las escalas de medida para la calidad de vida y funcionalidad del paciente con accidente cerebrovascular. (<i>López y cols.</i>)	
ÍNDICE DE KATZ FIM	Las escalas que miden la capacidad funcional como índice de Katz, FIM son evaluaciones pertinentes y adecuadas de las actividades de la vida diaria que tuvieron las personas con ACV y que son importantes porque reflejan los resultados del tratamiento y la atención sanitaria de calidad. ³¹
2012 Quality-of-Life and Disability in Patients with Stroke. (<i>Cerniauskaite y cols.</i>)	
WHODAS II SF-36	Se encuentra correlaciones moderadas en estos dos instrumentos. Cuanto peor discapacidad menor es la CV. Las personas con peor estado de salud tienen mayor nivel de discapacidad y menor calidad de vida. ³²
2012 Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. (<i>Jiménez y cols.</i>)	
ESCALA LAWTON Y BRODY	Los porcentajes de la escala de Lawton y Brody a los seis meses fueron: 28,9% de los pacientes con gran dependencia, 45,4% con dependencia moderada y 25,6% con independencia. Existen diferencias en función de la edad, gravedad y el tipo de ictus, así como en función de la presencia de afasia o hemiparesia. ³³
2010 Modelo de regresión logística para estimar la dependencia según la escala de Lawton-Brody. (<i>García y cols.</i>)	
ESCALA LAWTON Y BRODY	El riesgo de dependencia en varones es mayor en mujeres. El IC95% es muy preciso. Grupos de edad: OR=0.155-0.231 del cuarto paso indican menor riesgo en grupos de edad y 1 y 2 frente a mayores de 85 años. ³⁴

2.5 CALIDAD DE VIDA

El concepto calidad de vida ha ido evolucionando, pero hay consenso de que su nivel depende de cómo cada persona lo interpreta, sus valores y los objetivos del entorno. ³⁵ La calidad de vida se puede evaluar desde su parte objetiva o su parte subjetiva, es necesario que las mediciones de la subjetividad sean evaluaciones validas, que se puedan replicar en otros estudios cuantitativos y sean confiables. El conocimiento obtenido de estas evaluaciones ayudará a anexar instrumentos que evalúen de forma integral a las personas, conduzcan ensayos clínicos y la investigación a los servicios de salud. ³⁶

Según la OMS la calidad de vida (CV) se define como “percepciones, individuales de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en la cual vive, en relaciona con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Existe otro concepto derivado de CV denominado Calidad de Vida Relacionado con la Salud (CVRS) que se define como el valor asignado a la duración de la vida modificando por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada. Si no se evaluara la CVRS, por ejemplo, el tratamiento podría decirse que es el adecuado pasando por alto el escaso funcionamiento psicosocial o la forma de adaptarse a la enfermedad.³⁷ Algunos instrumentos para evaluar CV se resumen a continuación:

Cuadro 4. Instrumentos para evaluar calidad de vida

STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE SCALE (SSQOLS)	ESFERAS		CLASIFICACIÓN DE LA CV
		Función de la extremidad superior derecha Trabajo y productividad	Pensamiento Personalidad Estado anímico Autocuidado Roles sociales
WHO-QOL BREF	Salud física Salud psicológica	Relaciones sociales Ambiente	No existen puntos de corte, a mayor puntuación mejor CV
WHOQOL 100	Salud física Salud psicológica Niveles de dependencia Relaciones sociales	Ambiente Espiritualidad Religión Creencias personales	No existen puntos de corte, a mayor puntuación mejor CV.
EUROQOL L-5D	Actividades cotidianas Ansiedad/ depresión	Dolor/malestar Movilidad Cuidado personal	Niveles de gravedad por dimensión
HRQLISP -40	Movilidad Psicoemocional Dominio de la interacción espiritual	Cognitivo Dominio del alma Dominio espiritual	Puntuación máxima 100
ECVI-38	Exploración física, comunicación Actividades de la vida diaria	Cognición Emociones Sentimientos Funciones	Sin afectación Afectación leve Afectación moderada Afectación grave

2.5.1 ESTUDIOS PREVIOS SOBRE CALIDAD DE VIDA.

A continuación, se muestra un cuadro con algunos artículos sobre calidad de vida en personas con accidente cerebrovascular.

Cuadro 5. Instrumentos para evaluar calidad de vida

2016 Quality of life after stroke in Pakistan. Pakistan (<i>Wardah y cols.</i>)	
SSQOLS RAND-36	Fueron 700 pacientes de los cuales fueron 350 sobrevivientes de ACV y sus cuidadores. Edad promedio del ACV 59, el 70% sufrió complicaciones del ACV. La CV es mejor en personas que están en un programa de rehabilitación. ¹⁷
2016 Poststroke Fatigue and its Effect on Functional Status and Quality of Life in Patient with Ischemic Stroke. Turquía. (<i>Yayla y cols.</i>)	
FATIGUE SEVERITY SCALE BRUNNSTROM SCALE. ÍNDICE DE BARTHEL. ESCALA DE RANKING MODIFICADA. PERFIL DE SALUD NOTTINGHAM.	Fueron 39 pacientes con ACV isquémico diagnosticados en los últimos 15 meses. Se evaluó la fatiga, el estado funcional actividades de la vida diaria y la CV. La media de los pacientes fue de 67, la hemiparesia derecha estuvo presente en 18 personas. Se estableció una correlación significativa entre fatiga, AVD, CV, estado funcional y emocional. ³⁸
2016 Association of quality of life of carers with quality of life and functional independence of stroke survivors. India (<i>Ganjivale y cols</i>)	
WHO.QOL BREF FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASUREMENT (FIM). BRIEF COPE	54 pacientes y sus cuidadores, la CV de los cuidadores fue buena pero la de los pacientes solo fue buena en el apartado de relaciones sociales. No se tuvo una correlación entre la CV de los cuidadores respecto a la de las personas con ACV. En su nivel funcional tuvieron una asistencia moderada para la independencia funcional. ⁴⁰
2016. Depression, activities of daily living and quality of life in elderly stroke patients. Oradea (<i>Oros y cols</i>)	
Mini Mental State Examination, The Beck Depression Inventory Índice de Barthel Índice de Katz WHO.QOL BREF	Fueron 75 pacientes y mostraron correlaciones negativas entre depresión, actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales para la vida diaria y calidad de vida ⁴⁰
2016. Vision problems in ischaemic stroke patients: effects on life quality and disability. Noruega (<i>Sand y cols</i>)	
EUROQOL 5D THE HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE FATIGUE SEVERITY SCALE (FSS) ÍNDICE DE BARTHEL	Fueron 328 pacientes de los cuales el 25% presento problemas de visión. Los pacientes con esta complicación presento una CV con puntaje mediano inferior respecto a los que no tenían esta complicación. Estos pacientes también presentaron puntajes bajos en el índice de Barthel. Esta complicación en particular reduce la CV y se asocia a una mayor discapacidad. ⁴¹
2014. Health-related quality of life in stroke patients questionnaire, short version (HRQOLISP-40): validation for its use in Colombia.	

SHORT FORM-12 HEALTH SURVEY	La CV relacionada con la salud física y mental no se presentó cambios significativos en el periodo de 1995 al 2011. Sin embargo los índices de CV mejoran en periodo de 1995 y 2007. ⁴²
-----------------------------	--

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación entre el nivel de dependencia y la calidad de vida en personas con ACV.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población que ha tenido un ACV.
- Caracterizar los datos clínicos de las personas que tuvieron un ACV.
- Identificar el nivel de dependencia de la persona que tuvo un ACV.
- Determinar la calidad de vida de las personas que tuvieron una ACV.

IV HIPÓTESIS

H_i : El nivel de dependencia tiene relación inversamente proporcional con el nivel de calidad de vida en las personas con ACV.

H_o : El nivel de dependencia tiene relación directamente proporcional con el nivel de calidad de vida en las personas con ACV.

V METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo a las características metodológicas de este trabajo, fue un estudio con enfoque cuantitativo, este tipo de estudio según Hernández Sampieri señala que estos estudios son aquellos en donde se recolectan datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento. Su nivel de alcance fue correlacional ya que estos estudios tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más variables para un grupo o población.⁴⁵

5.2. DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño metodológico es no experimental dado que no se manipulará ninguna de las variables. De acuerdo al número de las mediciones que se clasifica como transversal, ya que se hizo una sola medición en un solo momento.

5.3. LÍMITES DE TIEMPO Y ESPACIO

El periodo de tiempo en el que se realizó la colecta de datos fue en el periodo de noviembre a mayo del 2018 por la técnica de bola de nieve y en el Hospital General del ISSSTE “Carlos Diez Gutiérrez” ubicado en el municipio de San Luis Potosí, debido a que este hospital tiene como características principales brindar atención a una población en donde esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia, a partir de los 55 años.

5.4. UNIVERSO

Pacientes que fueron diagnosticados, atendidos o cursado anteriormente un ACV.

5.5. MUESTRA (TIPO Y TAMAÑO)

El tipo de muestreo seleccionado fue un muestreo no aleatorio, y el tamaño de la muestra se estableció por cuota en el periodo de tiempo establecido anteriormente, esa decisión obedeció a la baja disponibilidad de casos que cumplieron los criterios de selección para ser incluidos en el estudio o la frecuencia con la que sean atendidos en este hospital.

5.6. PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto durante el mes de junio 2017 en las instalaciones de la UBR (Unidad Básica de Rehabilitación) de Aquismón, Huehuetlán y el CREE (Centro de Rehabilitación y Educación Especial), donde se aplicaron los instrumentos seleccionados y se verificó la metodología empleada, además de verificar la pertinencia de los criterios de selección dado a la complejidad de encontrar a personas con estas características. La prueba piloto incluyó un total de 12 personas distribuidas de la siguiente manera: 4 personas localizadas en el CREE, 7 en las UBR cuando acudieron a consulta de rehabilitación.

5.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tener 18 años de edad o más.
- Tener diagnóstico de ACV ya sea isquémico o hemorrágico.
- Estar domiciliado en el estado de San Luis Potosí y que sea de fácil acceso a su ubicación.
- Que firme el consentimiento informado

5.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que el sujeto tenga limitaciones cognitivas o de oralidad y que no puedan ser subsanadas para la comprensión del investigador, en este caso se le aplicó al cuidador primario los instrumentos, cuando no cuenta con cuidador primario se excluye de la muestra.

5.7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Desea retirarse del estudio.

5.8 VARIABLES

La conceptualización, operacionalización e indicadores de medición de las variables se detallan en el anexo denominado “Operacionalización de las variables”.

Para el presente estudio la definición conceptual de las variables será la siguiente:

Variable independiente:

Dependencia:

Déficit de funcionamiento corporal a consecuencia de una enfermedad o accidente, que se traduce como una limitación en la actividad.

Variable dependiente

Calidad de vida:

Percepciones, individuales de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en la cual vive, en relaciona con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones

5.9 INSTRUMENTOS

Para el presente estudio se utilizaron cuatro instrumentos que se detallan a continuación: El primero de ellos (STEP-STROKE), tiene como propósito caracterizar a la población con ACV y la atención médica recibida en el momento del evento. El segundo y tercero son Índice de Katz y la escala de Lawton-Brody que permitirán caracterizar el nivel de dependencia para el desempeño de las actividades básicas de vida diaria (AVD) y de las actividades instrumentales (AIVD). El ultimo instrumento es el ECVI-38 que está diseñado específicamente para conocer la calidad de vida de personas con ACV.

5.9.1 STEP-STROKE

El instrumento es una adaptación realizada a partir del propuesto por la OMS en la metodología utilizada para la vigilancia paso a paso de los ACV que surgió para dar respuesta a la necesidad de mejorar la recopilación de datos, la prevención y el tratamiento.

La primera parte de este instrumento tiene tres apartados generales iniciales en donde se registran A) la identificación y características de los pacientes y el recolector de datos, B) la persona de contacto del paciente y C) los datos socio demográficos del paciente (fecha de nacimiento, sexo y escolaridad).

La segunda parte recolecta los datos sobre D) información sobre la atención hospitalaria relacionada con el accidente cerebrovascular agudo; E) factores de riesgo vascular; F) Tratamiento médico recibido; G) Evaluación intrahospitalaria; H) Complicaciones durante el internamiento; I) Alta hospitalaria y el seguimiento a los 28 días del evento. Todos estos apartados se recogerían directamente del expediente clínico o del paciente en el momento de estancia dentro del hospital.

5.9.2 ÍNDICE DE KATZ

Se trata de un cuestionario con 6 ítems dicotómicos que valoran si la persona es independiente o dependiente para el desarrollo de las siguientes actividades de la vida diaria: 1) Baño, 2) Vestido, 3) Uso del escusado, 4) Movilidad, 5) Continencia y 6) Alimentación.

Una vez categorizado los 6 ítems, el índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C., movilidad y otra cualquiera de los dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Dado que la clasificación anterior proporciona una escala de medición ordinal no numérica las categorías pueden ser transformadas a numéricas asignándoles un valor, para ello los ítems clasificados como dependientes reciben un punto mientras que los de independencia reciben cero puntos. Esta escala ofrece puntos de corte

que permiten contar con una escala de medición por intervalos de la siguiente manera:

Cuadro 6. Clasificación del nivel de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria

PUNTUACIÓN	NIVEL DE DEPENDENCIA
4-6 puntos	Ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
2-3 puntos	Incapacidad moderada.
0-1 puntos	Incapacidad severa.

5.9.3 ESCALA DE LAWTON-BRODY

La escala de Lawton-Brody permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer compras, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, entre otros) evalúa actividades más elaboradas y que por tanto se pierden antes que las AVD.

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: Capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1(independiente) o 0 (dependiente), la puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Al evaluar los 8 ítems se estratifica de la siguiente manera según la puntuación obtenida:

Cuadro 7. Clasificación del nivel de dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

PUNTUACIÓN	NIVEL DE DEPENDENCIA
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia/Sin dependencia

5.9.4 ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DEL ICTUS (ECVI-38/SAQOL-39)

Es una escala que mide la calidad de vida desde la perspectiva de la persona con esta enfermedad. Está compuesta por seis apartados: Exploración física, comunicación, cognición, emociones, sentimientos, actividades de la vida diaria y funciones, cada uno con su clasificación.

5.10 PROCEDIMIENTOS

5.10.1 PARA LA APROBACIÓN DEL PROYECTO

El primer paso fue someter el protocolo al Comité Académico de la Maestría en Salud Pública aprobado el día 27 de marzo del 2017 con el número de registro GIX-03-2017, posteriormente se sometió al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí obteniendo registro el 28 de abril del presente año con el número de registro CEIFE-2017-213. Finalmente se envió para su aprobación al Comité de Investigación del ISSSTE aprobado el 15 de octubre del 2017 con número de registro 17/2017 (ANEXO 10) y al Comité de ética e investigación del ISSSTE teniendo su aprobación el 16 de octubre del 2017 con el número de registro interno 027/2017 (ANEXO 11).

5.10.2 PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Al ser aprobado el protocolo y realizados todos los trámites administrativos para el ingreso al campo se estableció contacto con el servicio de Admisión hospitalaria, Urgencias, Medicina Interna, Cirugía general, Cirugía especialidades, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Especiales (UCE) en donde se encontraban hospitalizados los pacientes con ACV para generar un censo diario de todos los pacientes que fueron hospitalizados por un accidente cerebrovascular en el periodo de estudio.

Una vez localizados se les invitó a participar en el proyecto, se le explicó que su participación consistiría en contestar una encuesta y después se les dio el seguimiento en el hogar para poder realizar la encuesta un mes después de su egreso hospitalario.

Una vez explicados los procedimientos se contestó el primer instrumento denominado “STEP-STROKE”, para la caracterización de la población. Los datos fueron extraídos del expediente de los pacientes como se indica en el ANEXO 6 y los demás fueron preguntados directamente a los pacientes durante su estancia hospitalaria como se muestra en la **figura 2**.

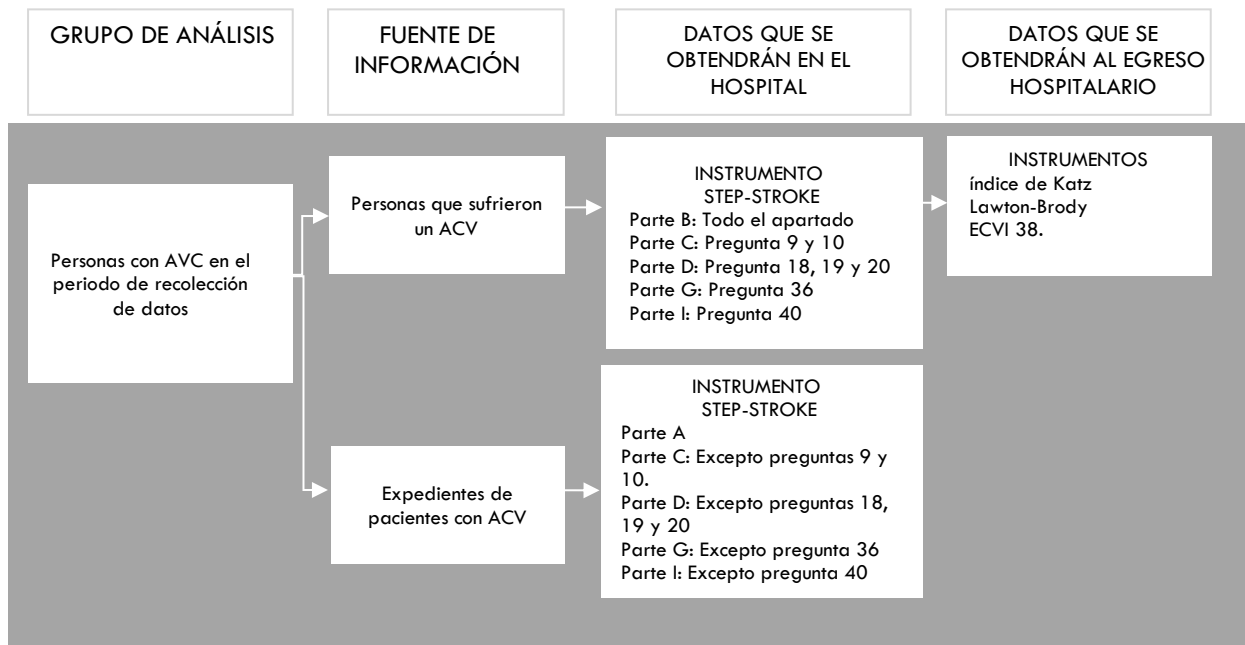


Figura 2 Fuente de datos para la obtención de la información

Como puede verse en la figura, se planteó que la información del STEP-STROKE fuera obtenida utilizando fuentes primarias y secundarias. En todos aquellos casos en los que existiera dificultad para obtener los datos directamente por el paciente se solicitaría el apoyo del familiar. La información referida al resto de los instrumentos corresponde a un segundo momento transcurrido un mes de egreso y en la visita realizada en el hogar de las personas que previamente se había agendado de manera telefónica.

A continuación, se muestra el flujograma del recorrido de los pacientes con ACV durante su estancia hospitalaria en relación con la estrategia paso a paso para la vigilancia de los ACV propuesta por la OMS.

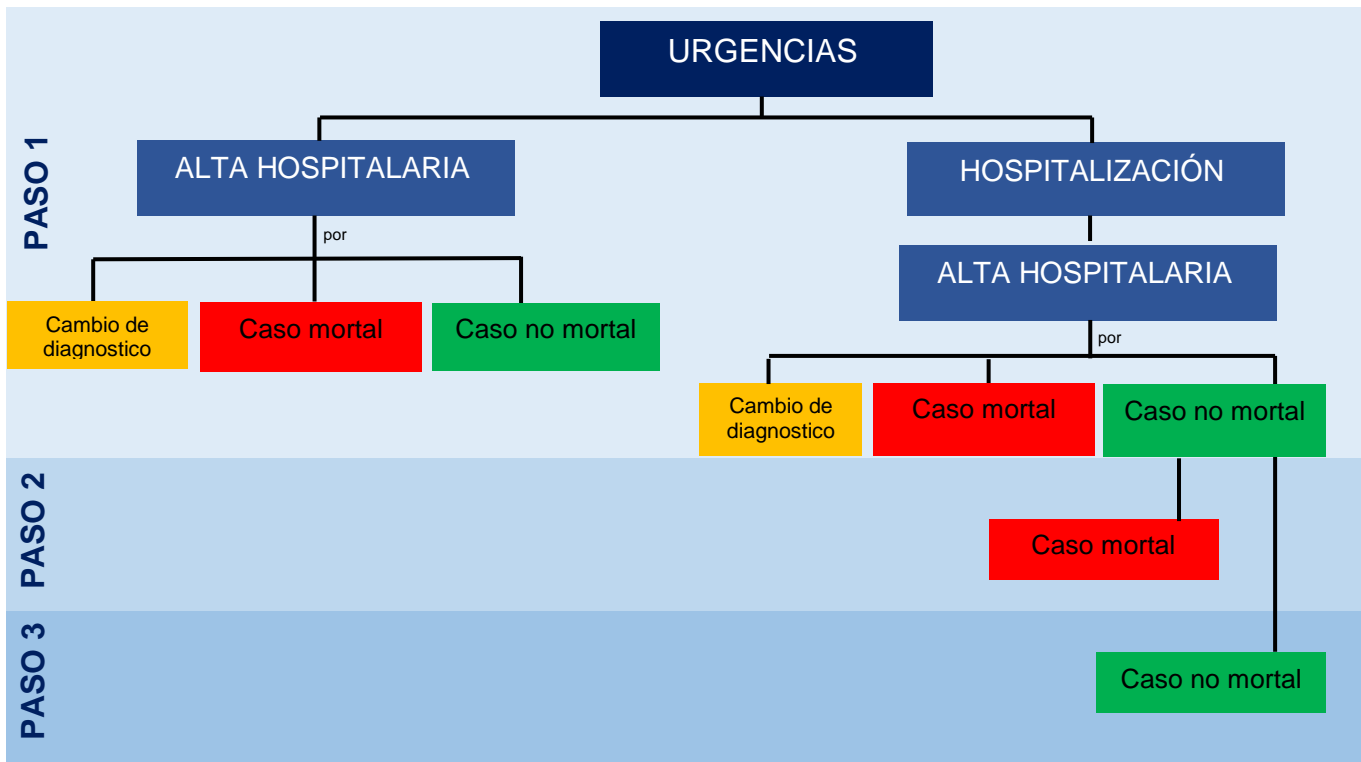


Figura 3 Flujograma del recorrido de los pacientes con ACV y su relación con la metodología propuesta por la OMS

NOTA: El servicio de hospitalización abarca los servicios de: Urgencias, Medicina Interna, Cirugía general, Cirugía especialidades, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Especiales (UCE).

El flujograma mostrado permite visualizar que la recogida de datos ocurre de forma intra y extrahospitalaria obedeciendo al recorrido realizado por el paciente en función de la evolución del ACV que puede tener tres posibilidades 1) cambio de diagnóstico, 2) caso mortal y 3) caso no mortal.

Para la recogida de datos dentro del hospital, se establecieron actividades diferenciadas en función del servicio donde se encontraba el paciente, como se observa en la **figura 4**.

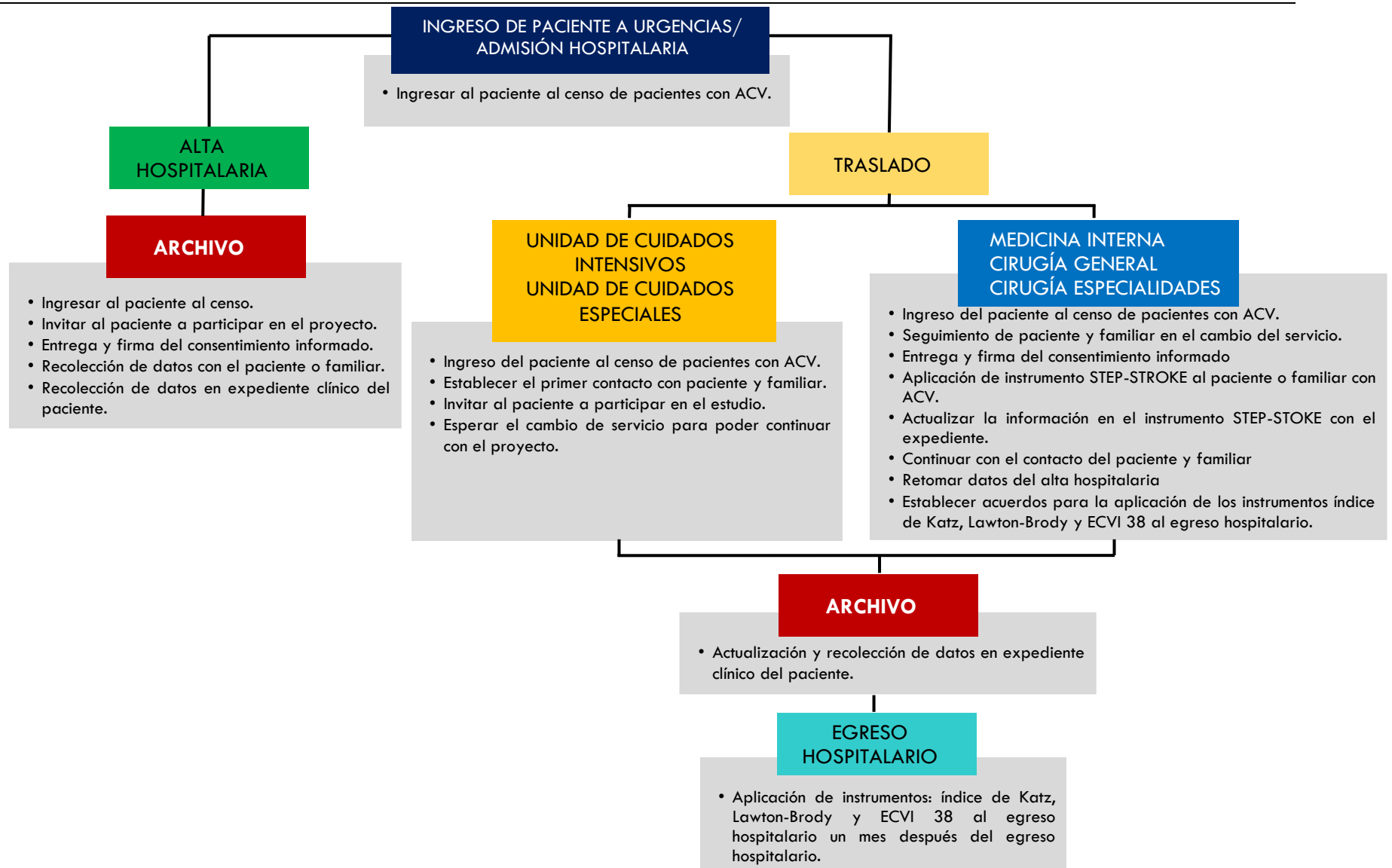


Figura 4 Flujograma de actividades por servicios en el Hospital General del ISSSTE “Carlos Diez Gutiérrez”

Al ser aprobado el protocolo por diversos comités, se estableció contacto con los servicios de Urgencias y Admisión hospitalaria para elaborar un censo de los pacientes que ingresaban con ACV. En esos servicios también había la posibilidad de que los pacientes fueran dados de alta por mejoría, defunción o cambio de diagnóstico, en cualquiera de los casos se realizaron las actividades que se señalan en los cuadros grises de la **figura 4**.

Si el estado de salud del paciente estuviera en una situación delicada se realizaba el traslado a otro servicio como UCI o UCE. Por el contrario, si paciente evolucionaba de manera favorable era trasladado a los servicios de Medicina interna, Cirugía general o Cirugía especialidades.

Al igual que el servicio de urgencias, si el paciente era dado de alta por mejoría o defunción se acudía al archivo del hospital para recolectar los datos faltantes del instrumento STEP-STROKE. Un mes después al egreso hospitalario se estableció contacto con los pacientes y de acuerdo a sus posibilidades y disposición.

5.10.3 PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO[®] INFORMADO

Una vez establecido el contacto con la persona durante su estancia hospitalaria en el momento más idóneo para no alterar su estado de salud se les invitó a participar. En caso de participar se le dio a conocer el consentimiento informado preferentemente junto con un familiar o cuidador y se le pidió a la persona con ACV firmara la aceptación para formar parte del estudio. En caso de que la persona tuviera alguna secuela que limitara firmar el consentimiento su familiar o cuidador primario lo firmaba reiterando que su participación era voluntaria y sus datos fueron identificados por un número de folio siendo estos confidenciales y solo aplicados para esta investigación.

En la visita realizada una vez que egresaron las personas del hospital, se reiteró el objetivo del estudio y se le explicó nuevamente en qué consistiría su participación que fue contestar tres instrumentos: Índice de Katz, Escala de Lawton-Brody y ECVI-38.

5.10.4 PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información se recogió en una base electrónica del paquete estadístico SPSS versión 22 con la misma codificación que se muestra en el instrumento que aparece en los anexos. Para la descripción de la población y características clínicas se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central tales como frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar.

Para el análisis estadístico de los datos se propuso como prueba de hipótesis un análisis de correlación por medio de pruebas no paramétricas Tau-b de Kendall, ya que este tipo de prueba identifica si existe relación entre las dos variables y si los cambios en una variable influyen en los valores de la variable dependiente.

En este caso la variable dependiente fue la calidad de vida y es la que se intentó predecir mientras que la variable independiente fue nivel de dependencia y sirvió como base para el cálculo.

5.10.5 PARA LA DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al finalizar la investigación se dará a conocer la información a las autoridades del Hospital General del ISSSTE a través de una presentación, además de lo anterior los resultados se dieron a conocer a los participantes personalmente anexando algunas recomendaciones para el cuidado en su hogar mediante un plan de cuidados de enfermería de acuerdo a los instrumentos aplicados a la persona.

Finalmente, los resultados han sido divulgados a través de conferencias y póster en eventos científicos respetando los datos de confidencialidad tanto de la institución como la de las personas participantes en este proyecto.

5.11 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Los recursos económicos necesarios para la recolección de los datos, tales como fotocopias y otros materiales de oficina fueron aportados por la estudiante a través de la beca CONACYT. El financiamiento para la difusión de este trabajo por medios tales como carteles, artículos, folletos o publicaciones se estableció con aportaciones proporcionales de 70% por la directora y co-directora y 30% por la tesista.

VI CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

6.1 CONSIDERACIONES INTERNACIONALES

El estudio cumple con los aspectos éticos marcados a nivel internacional para proyectos de investigación en seres humanos. Este estudio retoma la declaración de Helsinki que enfatiza el respeto a los principios éticos para la investigación en seres humanos, la cual se relaciona con este protocolo por el manejo de la información obtenida a través de los expedientes y posteriormente directamente de ellos.

Se considera que el presente trabajo cumple con los requisitos éticos de investigación para seres humanos de la citada declaración, refiriéndose al apartado de privacidad y confidencialidad que en su numeral 24, 25, 26 señalan respectivamente lo siguiente:

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.⁴⁵

6.2. CONSIDERACIONES NACIONALES

El estudio se basó en el reglamento de la ley general de salud, en el título segundo, capítulo I relacionado a los aspectos éticos de investigaciones en seres humanos, en los siguientes artículos

Respecto al cumplimiento de los artículos 14, 20 y 21, se contó con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizó la investigación. Primero se dio una explicación clara acerca del objetivo de la investigación (objetivos, procedimientos, beneficios), también se le explicó la libertad para retirarse en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin ningún perjuicio para el paciente o el cuidador.

También de acuerdo a la fracción VII se inició la recolección de los datos una vez obtenida la aprobación del comité de ética en investigación.

Se cumplió con el artículo 16, protegiendo la privacidad del individuo sujeto de investigación, para ello se aseguró que en los instrumentos no incluyeran el nombre del participante. Los resultados se presentarán de forma anónima y los datos que se obtengan serán utilizados únicamente para los fines de este estudio.

De acuerdo al artículo 17, fracción I se trató de una investigación con riesgo mínimo ya que los datos se obtuvieron a través de cuestionarios y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables.⁴⁶

6.3. CONSIDERACIONES ESPECIALES

Dado que la elección de los sujetos incluidos en el estudio se realizó revisando los datos del hospital como expedientes y registros de los que se retomaron datos para caracterizar a la población, este proyecto se apegará a lo señalado por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) que indica que al hacer uso de los datos personales se tiene que tomar en cuenta lo siguiente:

Tratar los datos personales de acuerdo a lo que marca la legislación mexicana, no hacer uso de medios engañosos para obtener datos personales y siempre respetar la privacidad de la persona titular de los mismo.

En el caso de que no se encuentre el titular de los datos, el artículo 14 del reglamento del LFPDPPP (Ley Federal de protección de datos personales en posesión de particulares) menciona que la institución responsable una vez que haya transcurrido 5 días hábiles y el titular no haya manifestado su negativa para el uso de los datos, puede asumir la toma de la decisión.⁴⁷

En todo caso y dado que la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico señala que "cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado", y que la segunda etapa del proyecto señala la necesidad de datos como nombre y dirección del usuario estos datos se utilizaron únicamente para su localización y de ninguna forma será utilizados para informes o divulgación de los resultados por cualquier medio.⁴⁸

6.4 DERECHOS DE AUTORÍA

Para los derechos de autor en la primera publicación que se realice derivado de la investigación, la estudiante aparecerá como primera autora, la directora y co-directora de tesis como coautores. Para las publicaciones posteriores, el orden de los autores será en función de la participación que éstos tengan, siempre de común acuerdo.

Para garantizar los derechos de autoría se estableció el acuerdo por escrito con la firma de las partes implicadas

6.5 DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERESES

Las investigadoras responsables del proyecto declaran que no existe conflicto de intereses derivados de la pretensión de obtener beneficios económicos por sí mismos o a través de la participación de otras instancias, derivados del presente estudio, lo cual quedó establecido en el oficio que se anexa a este trabajo

VII RESULTADOS

En los cuatro meses de recolección de datos en el hospital del ISSSTE (noviembre 2017 a febrero 2018), se tuvo un total de 45 posibles candidatos para incluir en el estudio, de los cuales 31.1% correspondió a personas que se dieron de alta o cambiaron de diagnóstico inicial y no se pudo contactar con ellos, 17.7% de los casos registrados como probable ACV fueron descartados e ingresados por alguna otra patología neurológica, el 8.9% no aceptó participar en el estudio y finalmente 42.2% (19 participantes) participaron en el estudio.

La cantidad de participantes en este estudio sumó un total de 25 personas ya incluyó las 19 personas captadas en el hospital del ISSSTE y 6 personas más encontradas por la técnica de bola de nieve prolongada hasta el mes de mayo del 2018. El proceso seguido se muestra en la **figura 5**.

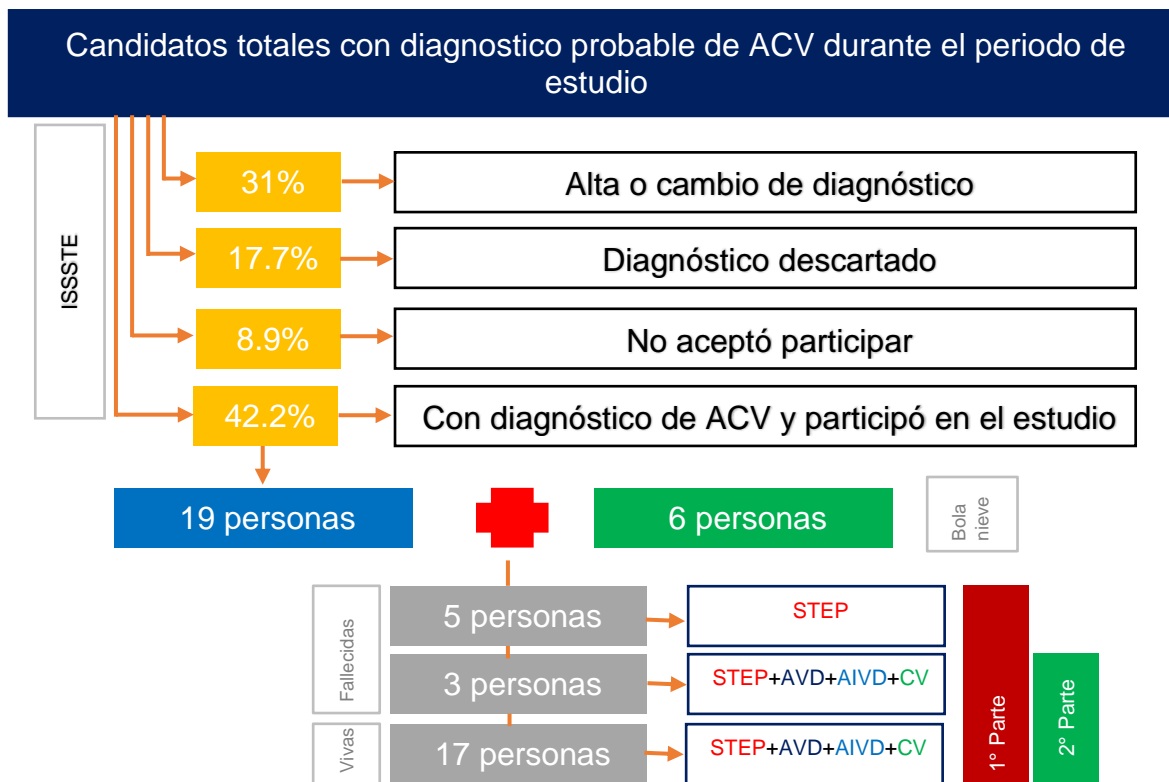


Figura 5. Distribución de la participación y aplicación de instrumentos en las personas con ACV

Nota: Las abreviaturas que aparecen en esta figura corresponde a: STEP: STEP-STROKE (Instrumento para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares de la OMS, AVD: Actividades de la Vida Diaria (Índice de Katz), AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton-Brody) y CV: Calidad de Vida (ECVI-38)

Los resultados se presentan de manera diferenciada en dos partes, la primera de ellas está referida a las 25 personas señaladas e incluye sus características sociodemográficas y clínicas. La segunda se conformó solo por 20 personas a quienes se midió el nivel de dependencia y calidad de vida debido a que cinco de las ocho personas que fallecieron durante el periodo de estudio no fue posible medir estas variables.

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON ACV.

Las características sociodemográficas de la población estudiada, así como de la persona que realiza el cuidado se muestra a continuación en la **tabla 1**.

Tabla 1 Características sociodemográficas de los pacientes con ACV

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO		
Hombre	12	48
Mujer	13	52
DISTRIBUCIÓN POR EDAD		
≤45	4	16
>45	21	84
ESTADO CIVIL		
Soltero	2	8
Casado	14	56
Viudo	9	36
LUGAR DE RESIDENCIA		
San Luis Potosí	15	60
Guadalcazar	2	8
Otros	8	32
ESCOLARIDAD		
Sin escolarización formal	5	20
Menos que la enseñanza primaria	7	28
Enseñanza primaria concluida	3	12
Termino la enseñanza secundaria	2	8
Termino la enseñanza media	4	16
Enseñanza superior concluida	4	16
SITUACIÓN LABORAL		
Funcionario público	2	8
Trabajador por su cuenta	6	24
Jubilado	1	4
Hogar	12	48
Pensionado	2	8
Desempleado	2	8
CUIDADOR		
Esposa (o)	8	32
Hija (o)	14	56
Hermana (o)	1	4
Padres (o)	1	4
Personal de salud (o)	1	4

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del instrumento STEP-STROKE

El mayor porcentaje de las personas incluidas fueron del sexo femenino. La media de edad fue de 68.72 ± 19.15 , oscilando el rango de edad entre 21 y 89 correspondiendo casi el 20% en un rango menor a ≤ 45 años como lo divide el instrumento STEP-STROKE. El estado civil con mayor porcentaje corresponde a las personas casadas y el 60% eran residentes en la capital del Estado de San Luis Potosí.

El nivel de escolaridad que agrupa al mayor porcentaje de personas correspondió a aquellos con un nivel menor que la enseñanza primaria con casi el 30%, seguido de las personas sin escolaridad con el 20%. La situación laboral de la mayor parte de la población se clasificó como trabajo en el hogar con casi el 50%, seguido por trabajador por su cuenta con poco más del 20%. Por último, el 100% reportó tener un cuidador primario y en poco más de la mitad de los casos era la hija/hijo quien fungía como cuidador primario seguida por un tercio de la población a cargo de la esposa/esposo.

Es importante señalar que los datos se obtuvieron en un 44% a través de la aplicación de encuestas de forma directa con las personas con ACV y en un 56% mediante los cuidadores primarios.

7.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PERSONAS CON ACV

Los resultados en este apartado serán mostrados de acuerdo al instrumento empleado para la vigilancia de los ACV propuesto por la OMS (STEP-STROKE) y retomado en este estudio para el caso de personas con ACV.

Originalmente el STEP-STROKE está constituido por tres apartados que exploran de manera progresiva en el tiempo el ACV, con la intención de identificar tanto las características del ACV como sus repercusiones inmediatas después de un mes con la pretensión de identificar supervivencia, secuelas o mortalidad ocurrida en este lapso, así como el lugar en el que se encuentra recibiendo el cuidado o inserto en la comunidad.

En el **cuadro 8** se presenta una adaptación que pretende mostrar la concordancia existente entre este instrumento y los niveles de prevención propuestos por Leavell-Clarck⁴⁹ y ello sirve de guía para comprender tanto la presentación de los resultados

obtenidos en este trabajo como, la posibilidad de generar acciones de salud específicas para cada nivel atendiendo a diversos problemas identificados durante todo el proceso de investigación.

Cuadro 8. Relación entre las estrategias de prevención del STEP-STROKE y los niveles de prevención de Leavell-Clarck.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN						
PRINCIPAL		SECUNDARIA			TERCIARIA	
STEP-STROKE	Aparición del ACV en primer lugar		Repercusión del ACV en personas que ya lo tuvieron			Consecuencias y daños a los pacientes con ACV
	Evaluados por:		Evaluados por:			Evaluados por:
	Tipo de ACV		Signos neurológicos			Escala de ranking antes, durante y después del evento.
	Número de eventos		Métodos diagnósticos			Complicaciones
	Antecedentes de enfermedades		Medicamentos durante y después del evento.			
Factores de riesgo vasculares						
NIVELES DE PREVENCIÓN						
PRIMER NIVEL DE PREVENCIÓN		SEGUNDO NIVEL DE PREVENCIÓN			TERCER NIVEL DE PREVENCIÓN	
LEAVELL / CLARCK	Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación

Fuente: Elaboración propia

Como es posible observar en el cuadro es indispensable identificar con claridad que las acciones correspondientes a los tres niveles de prevención no tienen una correspondencia exacta con los niveles de atención, y ello implica que hay acciones centrales que corresponden a cada nivel de atención y otras que deben ser compartidas por todos los niveles.

Dado lo señalado, las características clínicas de las personas con ACV marca no solo las actividades a desarrollar en los servicios de salud sino también aquellas que son indispensables continuar o iniciar una vez que el paciente regresa al hogar, por ello es esencial conocer estos datos que se muestran en la **tabla 2**. Tomando en consideración que estos datos se obtuvieron durante su estancia hospitalaria, donde la media de días de estancia fue de 10.2 ± 10 .

Tabla 2. Características clínicas de las personas con ACV

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO DE ACV		
Isquémico	20	80
Hemorrágico	5	20
ESTADO VITAL DE LAS PERSONAS CON ACV		
Paciente vivo	17	68
Paciente fallecido	8	32
PRIMER EVENTO DE ACV		
Si	17	68
No	8	32
SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON ACV		
Independiente, en su domicilio	18	72
Dependiente, en su domicilio	7	28
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES		
Hipertensión Arterial	22	88
Diabetes mellitus	11	44
Hipotiroidismo	3	12
IRC	3	12
Otras	7	28

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del instrumento STEP-STROKE

NOTA: Los porcentajes en el apartado de antecedentes de enfermedades pueden no sumar 100% debido a que en algunas personas presentan más de una enfermedad.

El primer dato habla sobre el tipo de ACV que se presenta en la población estudiada siendo el ACV de tipo isquémico el que con mayor frecuencia se desarrolla.

Respecto al estado vital de las personas con el ACV durante el momento de estudio la tercera parte falleció. Hablando sobre el número de eventos del ACV, un poco más de la tercera parte mencionó que no es la primera vez que tenían el evento ya que el promedio fue de 2.25 ± 0.46 eventos, con un mínimo de 1 y un máximo de 3.

El tiempo transcurrido después del diagnóstico de ACV fue de 4.84 ± 7.12 meses como media, con un mínimo de 0 meses y un máximo de 23 meses (1 año y 11 meses).

En relación a la situación de dependencia de las personas antes del evento, casi el 75% eran independientes en su domicilio y aquellas personas que presentaban ya algún un nivel de dependencia era asociada mayoritariamente a un ACV previo y solo en un caso por enfermedad crónico degenerativa de otra naturaleza.

Los antecedentes de enfermedades en su mayoría correspondieron a hipertensión arterial y diabetes mellitus, y dada la importancia que estos factores tienen no solo para la aparición de estos eventos sino también para la recuperación y como contribuyentes a otro evento se muestran agrupados con otros factores de riesgo de importancia tal y como lo propone la estrategia principal de prevención de la metodología del STEP-STROKE.

Tabla 3 Factores de riesgo vascular en personas con ACV

FACTOR DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	22	88
DM	11	44
Inactividad física	12	48
Hipercolesterolemia	9	36
Sobrepeso	7	28
Consumo de tabaco	5	20
Régimen alimentario	5	20
Obesidad	3	12
Consumo de alcohol	2	8
Fibrilación auricular	2	8
Tabaquismo pasivo	1	4
Antecedentes familiares	1	4

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del instrumento STEP-STROKE

NOTA: Los porcentajes en este apartado no suman el 100% debido a que en algunas personas presentan más de un factor de riesgo.

La **tabla 3** muestra tanto patologías existentes como factores de riesgos asociados a estilos de vida. El factor que más se presentó fue la hipertensión arterial con casi el 90%, seguida de la inactividad física con poco menos del 50% y en tercer lugar la diabetes mellitus. Considerando que todos estos factores pueden potenciarse entre sí y dar origen a complicaciones asociadas o no al ACV es importante visualizarlas en el esquema presentado en el **cuadro 8** puesto que marcan la relevancia de agruparlas y direccionarlas específicamente hacia las personas que han sufrido ya un primer evento y no solo de manera preventiva hacia aquellas personas susceptibles de desarrollarlo.

El segundo apartado del STEP-STROKE corresponde a la identificación de signos neurológicos una vez ocurrido el ACV. La **tabla 4** los muestra divididos por tipo de trastorno y signo clínico presentado, el signo con mayor presencia fue la debilidad o paresia con poco menos del 90%, en segundo lugar, más del 80% presentaron alteración del nivel de conciencia y en tercer sitio se encontraron los trastornos del habla con casi el 80%.

Tabla 4 Signos neurológicos presentados por las personas con ACV

ALTERACIÓN CLÍNICA REPORTADA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trastorno	Signo o síntoma		
Trastorno motor	Debilidad o paresia	22	88
	Desviación de la comisura labial	6	24
Trastorno sensitivo	Alteración del nivel de conciencia	21	84
Trastorno del lenguaje	Cefalea	5	17
	Trastornos del habla	19	76
Trastorno ocular	Diplopía	2	8

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del instrumento STEP-STROKE

NOTA: Los porcentajes en este apartado no suman el 100% debido a que en algunas personas presentan más de un signo o síntoma de la enfermedad.

Es necesario enfatizar que estos signos pueden estar presentes de manera combinada en un solo paciente o agregarse durante la evolución del paciente marcando con ello las necesidades de cuidado que requiere, así como el nivel de dependencia temporal o permanente y en ello radica la importancia de la intervención oportuna en los tres niveles de prevención.

Otro componente que es parte de la estrategia secundaria del STEP-STROKE es el método diagnóstico de ACV el cual requiere una combinación de destrezas clínicas y tecnología diagnóstica para corroborar o descartar el diagnóstico. De manera ideal las instituciones deben poseer los equipamientos necesarios y la formación clínica requerida para establecer el diagnóstico, lo cual no ocurre en todos los casos y justamente por ello es necesario explorarlo para identificar si esto contribuye en la atención oportuna y no obstante que esto excede los propósitos de nuestro estudio se identificó como parte de la caracterización sobre los equipamientos presentes en la institución donde se desarrolló el estudio.

En este estudio, el diagnóstico de ACV fue corroborado en el 100% de los casos utilizando tecnología diagnóstica, principalmente mediante la TAC (Tomografía Axial Computarizada) o la resonancia magnética, como puede verse en la **tabla 5**.

Tabla 5 Métodos diagnósticos usados en las personas con ACV

MÉTODO DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TAC	23	92
Resonancia magnética	4	16
Otras	15	60

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del instrumento STEP-STROKE

NOTA: Los porcentajes en este apartado no suman el 100% debido a que en algunas personas se le realizan más de una tecnología diagnóstica.

Es importante agregar que respecto a la oportunidad con la que se realizó el estudio diagnóstico en un 88% de los casos fue realizado en las primeras 24 horas y el 12% restante osciló entre 24 horas y 7 días.

El tratamiento farmacológico empleado en las personas con ACV durante su estancia hospitalaria incluyó de manera predominantes la instalación de anticoagulantes, antiplaquetarios y trombolíticos. En cuanto a los medicamentos que se proporcionaron al momento del alta, los antihipertensivos fueron los más empleados seguidos por los anticoagulantes y antidiabéticos (ver **tabla 6**)

Tabla 6 Medicamentos empleados en personas con ACV

MEDICAMENTOS DENTRO DE ESTANCIA HOSPITALARIA			MEDICAMENTOS AL MOMENTO DEL ALTA		
MEDICAMENTO	Fr	%	MEDICAMENTO	Fr	%
Anticoagulantes	24	96	Antihipertensivos	17	68
Antiplaquetarios	22	88	Anticoagulantes	13	52
Trombolíticos	3	12	Antiplaquetarios	11	44
			Antidiabéticos	7	28
			Hipocolesterolemiantes	5	20

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del instrumento STEP-STROKE

NOTA: Los porcentajes en este apartado no suman el 100% debido a que en algunas personas presentan más de un tratamiento farmacológico.

Los resultados mostrados hasta este momento corresponden a datos clínicos que permiten completar la caracterización de las personas con ACV respecto a la enfermedad y a sus antecedentes personales, esto permite visualizar las afectaciones en la función o en la estructura que a su vez se reflejan en la dependencia que presenta la persona y que evoluciona dado que se trata de un fenómeno dinámico.

En el caso de este estudio el instrumento STEP-STROKE mide la dependencia utilizando la escala de Ranking en tres momentos, el primero de ellos previo al ACV, el segundo al darse del alta del hospital y el tercero cuando se hizo la visita de seguimiento. Los resultados referidos al nivel de dependencia identificado se muestran en la **tabla 7** en la que se clasificaron en seis grupos que progresivamente categorizan la limitación asociada al ACV en los tres momentos antes señalados.

La evaluación correspondiente al momento previo al ACV identifica que la mitad de las personas fueron clasificadas dentro de la categoría de sin síntomas a diferencia del segundo y tercer momento en los que no hay ninguna persona sin síntomas.

En la segunda medición el mayor porcentaje se ubica en la clasificación de discapacidad grave con casi el 30% seguido por la clasificación de discapacidad moderada pero no puede andar sin ayuda con cerca del 30% y en tercer lugar discapacidad moderada, pero puede andar sin ayuda con casi el 15%.

Finalmente, en la medición después del ACV el mayor porcentaje de la población se encontró en casi del 40% con discapacidad grave, seguido por el 16% que corresponde a discapacidad moderada pero no puede andar sin ayuda y en tercer lugar se encuentra la discapacidad moderada pero puede andar sin ayuda con poco más del 10%.

Tabla 7 Comparación de escala de Ranking antes, durante y después del ACV

ESCALA RANKING	ANTES n (%)	DURANTE n (%)	DESPUÉS n (%)
Sin síntomas	15 (60)	0 (0)	0 (0)
Sin discapacidad significativa a pesar de los síntomas	2 (8)	0 (0)	3 (12)
Discapacidad leve	2 (8)	1 (4)	1 (4)
Discapacidad moderada, pero puede andar sin ayuda	1 (4)	4 (16)	3 (12)
Discapacidad moderada, pero no puede andar sin ayuda	2 (8)	7 (28)	4 (16)
Discapacidad grave	3 (12)	8 (32)	9 (36)

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del instrumento STEP-STROKE

NOTA: En el apartado durante y después en la escala de Ranking, faltan 5 personas (20%) para sumar un total del 100%, debido a que estas personas fallecieron y no se pudo hacerse la medición de estos apartados.

7.3 NIVEL DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS CON ACV

En esta sección se mostrarán los resultados de la segunda parte de este estudio conformada por un total de 20 personas con ACV a las cuales se les midió el nivel de dependencia y calidad de vida (una vez excluidas 5 personas que fallecieron).

7.3.1 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

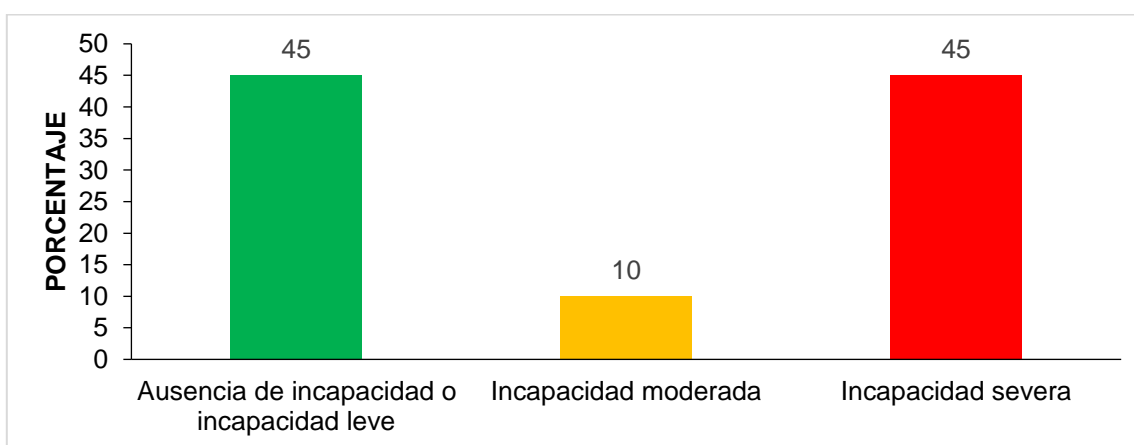
En la **tabla 8** se muestran los resultados del nivel de dependencia medido con el Índice de Katz que desglosa las actividades de la vida diaria (AVD). Las tres principales actividades que refleja dependencia es la actividad de vestido con poco más del 40%, seguida de la actividad de baño y en tercer lugar la actividad de continencia. Las actividades que presentan mayor independencia son la actividad de alimentación con menos del 60%, seguido de uso del WC y de la movilidad.

Tabla 8. Nivel de dependencia por Actividades de la Vida Diaria

ACTIVIDAD	NIVEL DE DEPENDENCIA	
	DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
Baño	9 (36)	11 (44)
Vestido	11 (44)	9 (36)
Uso del WC	7 (28)	13 (52)
Movilidad	7 (28)	13 (52)
Continencia	8 (32)	12 (48)
Alimentación	6 (24)	14 (56)

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del instrumento Índice de Katz

Además de saber cuáles son las actividades en donde son independientes o dependientes, en el **gráfico 1** se muestra la clasificación del nivel de dependencia en las AVD.



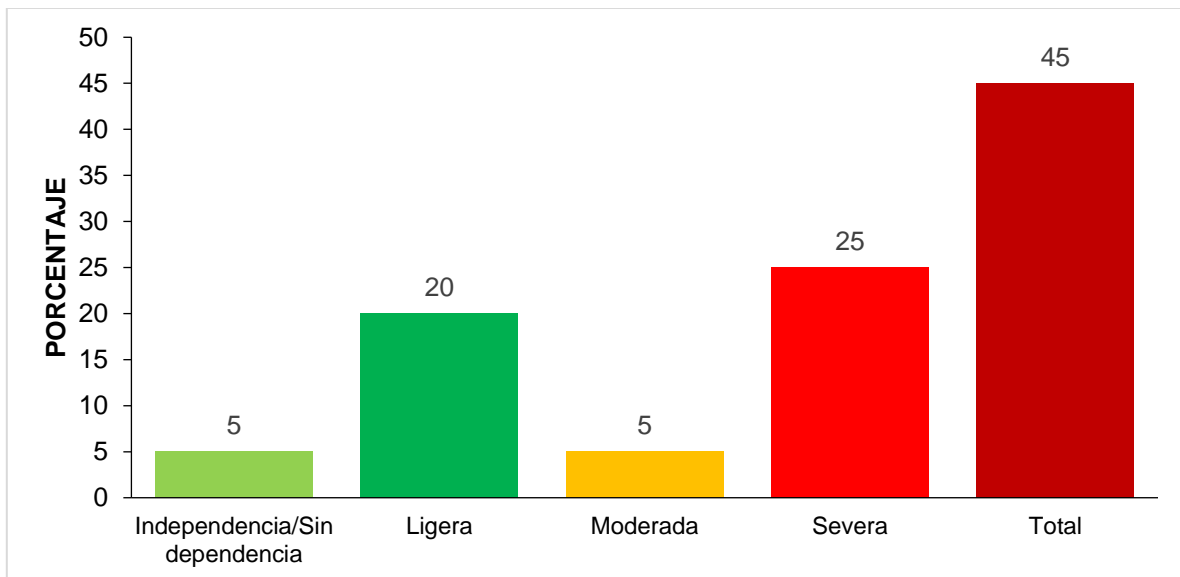
Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del instrumento Índice de Katz.

Gráfico 1. Nivel de dependencia en las AVD en personas con ACV

Como puede observarse en el **gráfico 1**, tanto la incapacidad severa como la ausencia de incapacidad o incapacidad leve muestran porcentajes idénticos, ello podría tener relación con el tiempo de evolución transcurrido después del evento dado que se incluyeron tanto personas con eventos recientes como aquellas en quienes había transcurrido un máximo de dos años. Además de lo anterior es necesario considerar la repetición del evento ya que algunos de los participantes habían presentado incluso tres ACV.

7.3.2 ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

En el **gráfico 2** se observa el nivel de dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria medidas por la escala de Lawton-Brody, donde los tres niveles de dependencia con mayor porcentaje son en primer lugar la dependencia total, seguido por la dependencia severa y dependencia ligera.



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del instrumento Escala de Lawton-Brody.

Gráfico 2. Nivel de dependencia en las AVD en personas con ACV

7.4 CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON ACV

En la siguiente tabla se muestra las puntuaciones medias de las dimensiones de la calidad de vida, en ellas se muestran que las dimensiones más afectadas fueron las funciones sociofamiliares, las emociones y por último el estado físico.

Tabla 9. Puntuaciones medias por dimensiones de la calidad de vida.

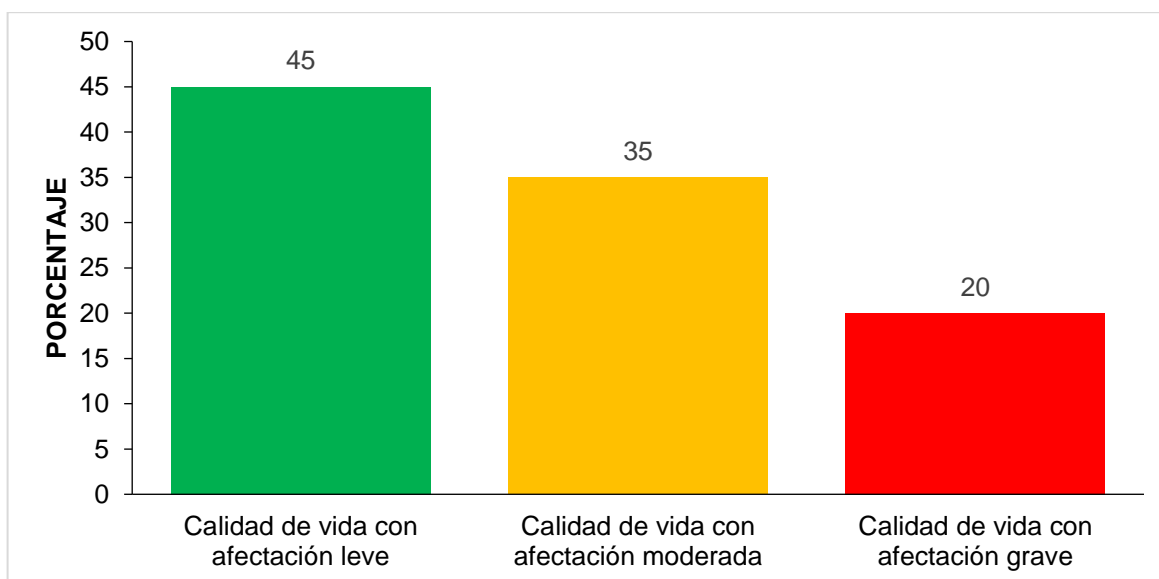
DIMENSIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA
En	6	23	13.55
ECVI-38-CO	4	20	11.11
ECVI-38-COG	4	15	9.40
ECVI-38-EM	10	25	14.50
ECVI-38-SE	5	25	10.75
ECVI-38-ABVD	4	20	11.25
ECVI-38-ACVD	4	20	12.25
ECVI-38-FSF	9	40	22.20

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del instrumento ECVI-38

NOTA: La calidad de vida esta medida por ocho dimensiones: EF (Exploración física), CO (Comunicación), COG (Cognición), EM (Emociones), SE (Sentimientos), ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) ACVD: (Actividades Comunes de la Vida Diaria), FSF (Funciones sociofamiliares)

Lo anterior es de relevancia puesto que las afectaciones individuales tienen un reflejo en las posibilidades de reincorporación a la vida cotidiana y ello confluye en el nivel de calidad de vida de las personas, del núcleo familiar y esta mediada por la presencia de redes y recursos formales e informales del contexto.

A continuación, en el **gráfico 3** se muestra los niveles de la calidad de vida, observando que las personas evaluadas tienen en primer lugar una calidad de vida con afectación leve, en segundo lugar, con afectación moderada y en tercer lugar una calidad de vida con afectación grave.



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del instrumento ECVI-38

Gráfico 3 Niveles de calidad de vida en personas con ACV.

Estos resultados encontrados entre el claro incremento del nivel de dependencia en las AVD y AIVD en relación con el nivel de la CV en la clasificación de afectación leve, podría responder a que la persona con ACV, aunque tenga aumento del nivel de dependencia aun no percibe en este corto periodo evolución de la enfermedad una afectación como tal, pero que si en un futuro persiste esta dependencia podría verse reflejada en la CV de la persona. Es por eso que se propone en próximos estudios evaluar la CV en distintos periodos de tiempo de evolución para ver el impacto que tiene en ella.

Finalmente, la **tabla 10** muestra la correlación de las AVD, AIVD y la CV en personas que tuvieron un ACV. Mostrando una correlación positiva entre las AIVD con AVD con resultado estadísticamente significativo a un IC del 95% en donde a mayor nivel de dependencia en las AVD el nivel de dependencia en las AIVD también incrementa.

En el caso de la CV esta variable mostró una correlación negativa respecto a las AVD siendo este resultado estadísticamente significativo a un IC del 95% y por ende a medida que el nivel de la calidad de vida aumenta, el nivel de dependencia disminuye. En la medición de la CV relacionada con las AIVD se identificó también un resultado negativo siendo este resultado significativo como en el caso anterior.

Tabla 10. Correlación de nivel de dependencia y calidad de vida en personas con ACV

VARIABLE	AVD		AIVD		CV	
	r	p	r	p	r	p
AVD	1	-				
AIVD	0.661	<0.001	1	-		
CV	-0.730	<0.001	-0.763	<0.001	1	-

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de los instrumentos *Índice de Katz*, Escala de Lawton-Brody y *ECVI-38*
NOTA: El nivel de dependencia es medido por las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). La calidad de vida se representa (CV). Correlación Tau-b de Kendall, *p<0.05.

VIII DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan lo expuesto en la epidemiología nacional e internacional en cuanto al grupo de edad en donde se presentan los ACV, los factores de riesgo, el tipo de ACV. Además de corroborar que es un evento que se presenta de forma repentina y en ocasiones agresiva en la vida de las personas, causando con ello afectaciones temporales o permanentes que modifican su vida cotidiana.⁵⁰ No obstante a lo anterior, es necesario matizar los resultados expuestos dado que el reducido tamaño de la muestra no permite extrapolarlos a la población general, pero si contribuye a dimensionar la pertinencia de desarrollar estos estudios más allá del abordaje clínico a la luz de las dificultades que identificó este estudio para acceder a este grupo y conocer la evolución que tuvieron en su trayectoria desde su llegada a la institución hasta su regreso a casa.

La generación de dependencia en las personas afectadas por ACV está relacionada en buena medida de sus características individuales y su estado de salud previo, por ello múltiples estudios abordan la contribución que todo esto tiene para la aparición y evolución del ACV. En este estudio los datos relacionados con las características individuales y clínicas iniciales serán discutidos en primer término para posteriormente abordar lo correspondiente a datos de la estancia hospitalaria y por ultimo aquellos relacionados con la evolución intra y extrahospitalaria y su reflejo en la funcionalidad y calidad de vida.

El mayor porcentaje de personas afectadas por ACV en este estudio fueron mujeres a semejanza de lo reportado en estudios mexicanos tales como los desarrollados por Chiquete y cols,⁵¹ o los datos aportados por el RENAMEVASC (Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vascul ar Cerebral) en donde la mayor parte de las personas afectadas por un ACV son mujeres.⁵² No obstante lo anterior, existen otros estudios como el reportado por Cabrera y colaboradores en donde casi el 60% de la población afectada son hombres y la aparición del evento entre ellos se relaciona con la presencia de conductas de riesgo para la salud que tienen.⁵³

Las contradicciones expuestas en esos estudios, reflejan que con el paso del tiempo la tendencia del ACV se comporta de manera homogénea entre hombres y

mujeres, aunque aún existe una ligera predominancia hacia las mujeres.⁸ Si se considera que la aparición del ACV tiene una asociación extraordinaria con factores de riesgo modificables y que estos factores son compartidos por hombres y mujeres, es importante hacer énfasis en la relevancia de la vigilancia de la salud y el control de riesgos y daños como función esencial de la salud pública que ya está presente en algunos de los programas preventivos más importantes pero que es necesario reforzar.

La edad promedio en la que se presentaron los eventos en este estudio coincide con lo encontrado en otros estudios donde la mayor parte de los eventos se presentan en adultos mayores con una media de edad de 63 años para mujeres y 64 para los hombres.⁵⁰⁻⁵¹ También este estudio, concuerda con lo encontrado por Cabrera y otros investigadores quienes señalaron que la mayor incidencia de ACV se encuentra en adultos mayores y ello muestra la relación entre ACV y edad.^{50,51,52}

Aunque se señala que la mayor incidencia del ACV es en adultos mayores, es importante resaltar que el rango de edad se ha extendido a edades jóvenes, así por ejemplo Cabrera y colaboradores encontraron en sus estudios como media de edad 72 años, pero se aprecia también la presencia de eventos desde los 39 años⁵² y en el caso de nuestro estudio los sujetos incluidos en esta tesis se identificaron una edad mínima de 21 años.

La distribución por edad es importante debido a los casos que se están dando a temprana edad, estos eventos pueden traducirse en muertes prematuras o en mayor índice de discapacidad en adultos jóvenes y el impacto está relacionado con el rol y función que desempeña en esta etapa del ciclo vital en el ámbito familiar y económico para la familia y el sistema de salud, porque esto no solo abarca el proceso de atención del evento sino también el proceso de rehabilitación al que debe de someterse y que condicionará en buena medida la reincorporación a su vida habitual.⁵⁴ Lo anterior es apoyado por estudios como el de Chiquete y colaboradores, quienes señalan por una parte el aumento de los casos mortales en la población menor y un decremento en la edad posproductiva, esto como consecuencia del incremento de los factores de riesgo.⁵⁵

Es importante resaltar que la aparición de un ACV afecta directamente en lo individual, pero también modifica al entorno social inmediato ya que la pérdida de su autonomía requiere el apoyo de otros de manera temporal o permanente, y ese apoyo generalmente proviene del contexto familiar, por esta razón se exploró si existe este apoyo y quienes son las personas que lo brindan encontrando que el 100% de las personas contaban con un cuidador primario y los mayores porcentajes corresponden a la pareja o los hijos.⁵⁶

Este estudio únicamente identificó si la persona con ACV cuenta o no con un cuidador primario debido a los apoyos que proporciona para sustituir la dependencia funcional después del evento en caso de tener secuelas pero sin profundizar en sus características o carga aunque sería importante realizarlo en otro momento dado que existe evidencia que señala que ser cuidador modifica su calidad de vida y requiere soporte de los sistemas de salud para detectar factores de riesgo para su salud y tener una experiencia positiva al ejercer ese rol.^{57,58}

Respecto a las características clínicas de las personas con ACV, este trabajo coincide con los datos proporcionados por otros estudios en donde el ACV de tipo isquémico es el que se presenta con mayor frecuencia con porcentajes que varían de 67% a 80%, y en este estudio se presentó en un 80%.^{51,59}

Además del tipo de ACV, es importante resaltar los múltiples eventos que aparecen en esta población. En la muestra de este estudio se presentaron en casi 75% de los casos a diferencia del estudio de Málaga y colaboradores donde reportan un 20% de rehospitalización y otros estudios reportan que entre las personas mayores de 65 años aparece un nuevo evento 6 meses posterior a su alta.⁶⁰ Estos estudios son importantes porque las personas sobrevivientes presentan un incremento de vulnerabilidad a la aparición de otro evento o complicaciones que se traducen en algunos casos a fallecimientos.⁵²

El tiempo de estancia hospitalaria coincide con otros estudios que reportan una media de 9.87 días y en este estudio fue de 10 días. En el estudio realizado por Chiquete y colaboradores difiere con lo encontrado porque reportan una media de 5 días.⁵⁴ Esta variabilidad puede obedecer a múltiples factores asociados tanto a la

oportunidad con la que la persona acude a solicitar la atención como la capacidad diagnóstica y la calidad de la atención brindada. En todo caso es necesario conocer esos factores que impactan en el promedio de días estancia ya que son una buena oportunidad para identificar áreas de mejora en la capacitación del personal y la familia, las necesidades de equipamiento de la institución y la divulgación de la información sobre las manifestaciones iniciales del ACV entre la sociedad. Lo anterior puede contribuir a reportar mejoras en el abatimiento de los costos de la atención, así como en la limitación que puede producirse en el paciente si no existe una adecuada atención hospitalaria y capacitación familiar sobre los cuidados posteriores al evento que pudieran mejorar el nivel de dependencia y por ende la calidad de vida.⁵³

Otro de los factores que influyen en el ACV son los factores de riesgo, se resaltan cerca de 10 factores de riesgo vascular más frecuentes, donde se incluyen algunos explorados en este estudio como la hipertensión arterial, tabaquismo, dieta poco saludable, inactividad física, diabetes, consumo de alcohol.⁵⁵ Existen diversos artículos que hablan sobre los factores de riesgo para presentar un ACV y este estudio concuerda con ellos identificando la hipertensión, inactividad física y la diabetes mellitus como las principales entre los sujetos estudiados.

El principal factor de riesgo modificable en los ACV es la hipertensión arterial, ya que favorece la formación de ateromas en grandes arterias en la pared de las arterias coronarias, agrava y/o acelera arterioesclerosis y tortuosidades de pequeñas arterias cerebrales.⁶¹ El riesgo de presentar un ACV es de 3 o 4 veces más en las personas con hipertensión arterial. La reducción de la presión arterial de 10 a 23 mmHg en la presión sistólica y de 5 a 6 mmHg de la presión diastólica se asocia con una reducción del 38% en la incidencia del ACV.⁶² Al respecto la ENSANUT señala que la población adulta mayor es la que con mayor frecuencia presenta hipertensión arterial y es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en México, además de ser el factor de riesgo más importante para presentar un evento.²⁰ En estudios realizados mencionan que la hipertensión arterial constituye un riesgo atribuible del 56% para hombres y 66% para las

mujeres y de ahí la importancia de controlarla para prevenir futuros eventos en personas que ya presentaron un ACV o evitarlo en quienes son hipertensas.⁵³

Otro de los factores de riesgo más frecuentes en este estudio fue la inactividad física. El incremento de la prevalencia de estilos de vida poco saludables ha experimentado a nivel mundial de forma paralela con la globalización, siendo endémica en países industrializados.⁶³ Dentro de los factores de riesgo explorados en este estudio ubicó a la inactividad física en segundo lugar con un 48%. En comparación con el estudio realizado por León donde este factor de riesgo se ubicó en primer lugar con el 75% de la población estudiada.⁶⁴ Aunque varían los porcentajes encontrados en este estudio, coinciden al ser de los principales factores de riesgo que se presentan en ellos.

Finalmente, el tercer factor de riesgo con mayor frecuencia que se presenta en las personas con ACV fue la diabetes mellitus. Se ha comprobado que la diabetes mellitus ha ocupado un factor de riesgo principal para las enfermedades cardiovasculares.⁶⁵ En este estudio se presentó con un 44% en comparación con el estudio de Castañeda donde se presentó en un 10.9%⁶⁶ pero que coinciden al ser el tercer lugar de los factores de riesgo que más se presentan en las personas con ACV. Otros estudios también concuerdan al mostrar a la diabetes mellitus como uno de los principales factores de riesgo que presenta esta población.^{67,68}

Con el paso del tiempo, los estudios han encontrado la relación de estos factores de riesgo para desarrollar ACV. Todos estos factores aumentan el riesgo de padecerla, por lo que su importancia radica en la detección oportuna con la finalidad de realizar acciones poblacionales costo-efectivas accesibles para poder disminuirlos. Así mismo, estos mismos factores de riesgo deben seguir controlarse en personas que ya tuvieron un ACV para poder evitar futuros eventos.⁶⁹

Una vez explorados los factores de riesgo y las características individuales de los sujetos afectados por ACV, es importante identificar las manifestaciones clínicas asociadas al inicio del evento. Dado que la sistematización de esos datos permite, por una parte, generar información para el público que oriente para la identificación de síntomas prototípicos que activen la búsqueda de atención inmediata y por otra

parte contribuyen al establecimiento del diagnóstico diferencial una vez que llega al servicio de salud.

Suárez y colaboradores identifican el trastorno motor como la principal alteración clínica,⁷⁰ en ello concuerda nuestro estudio siendo particularmente la debilidad o paresia la alteración clínica más presentada. Este dato resulta relevante para incluirlo en los signos de alerta que acompañan con frecuencia el inicio de un ACV y puedan activar el sistema de atención una vez que han sido divulgados a través de campañas como la llamada “HEROE” (Habla incoherente o extraña; Extremidades con parálisis, adormecimiento o debilidad; Rostro adormecido o desviado; Ojo cegado o paralizado y Emergencia) generada por Aguirre y colaboradores en México en la que se propone esta mnemotecnica para agrupar y recordar la sintomatología más común. Estrategias como la señalada resultan importantes para la capacitación y así detectar los signos del ACV contribuyendo a limitar la aparición de un nuevo evento o atender oportunamente esta enfermedad.⁷¹

Las afectaciones relacionadas con el ACV abarcan un extenso abanico de manifestaciones que se encuentran relacionadas con la funcionalidad previa a la aparición de la patología y con el momento en que se valore a la persona. De esta forma, una persona valorada en las primeras horas después de ocurrido el evento tendrá mayor limitación, aunque no es posible aún saber si esta permanecerá en el tiempo dado que es de carácter agudo, en cambio una persona valorada después de uno o tres meses presentará con frecuencia limitaciones en su funcionamiento que pueden permanecer, disminuir o desaparecer y ello estará en relación no solo con las características individuales sino también con el momento, tiempo y tipo de apoyos prestados para su rehabilitación física y reinserción social.

Dado los señalamientos anteriores, conocer el funcionamiento de la persona en tres momentos (antes del evento, durante la hospitalización y una vez de regreso en el hogar) permite realizar una comparación del nivel de afectación y estimar las posibilidades de recuperación. Para realizar estas valoraciones se han utilizado diversos instrumentos genéricos y específicos; el propuesto por la metodología de la OMS es la escala de Ranking utilizada en estudios como el de Soriano y

colaboradores quienes reportaron que el 53% de las personas presentaban una discapacidad moderada y una vez transcurridos tres meses el mayor porcentaje continuaba en el mismo nivel con ligera mejoría.³⁷ Esos resultados difieren de los encontrados en nuestro estudio dado que el nivel de discapacidad encontrado fue grave tanto al momento del alta hospitalaria como un mes después.

No obstante que el estudio de Soriano no presenta datos sobre la funcionalidad premórbida de los sujetos de su muestra, la curva de evolución que presentan pasa de afectación moderada a leve mejoría aun con la misma afectación, comparado con lo ocurrido con nuestra muestra en quienes se identificó un nivel de discapacidad ausente o leve antes del ACV y una evolución después de un mes hacia discapacidad grave podría hacer pensar que las diferencias radican en la oportunidad con la que solicitaron atención, en la atención recibida una vez ingresados y/o en la capacidad del contexto para proveer los elementos de apoyo para la rehabilitación y no tanto en las características individuales de los sujetos o de la propia enfermedad.

Aunque estos señalamientos son solo posibilidades de lo ocurrido, muestran la importancia de evaluar el contexto como factor determinante para la recuperación y calidad de vida de las personas. El reto colectivo que esto genera puede dimensionarse si recordamos que más de la mitad de las personas en nuestro estudio eran independientes para realizar sus actividades y posterior al evento quedaron con algún nivel de dependencia.

Frecuentemente el ACV provoca cambios en la vida de la persona que en ocasiones estas personas sufren debido a la pérdida de su estado de salud, ocupación, rol social y su independencia. Esta nueva situación tiene un gran impacto en la capacidad de la persona para realizar AVD.⁶⁹ Evaluar el nivel de dependencia después de haber presentado un ACV es necesario para identificar áreas en las que se requiere brindar apoyo y que se encuentra ubicadas en múltiples contextos de acuerdo al ciclo vital y el rol que desempeña la persona afectada.

Estudios anteriores han evaluado las AVD como una forma de conocer el nivel de afectación predominantemente en el contexto del hogar y las AIVD como

indicadores complementarios que posibilitan la incorporación a la vida comunitaria, por la utilidad que reportan estas herramientas también en este estudio se evaluaron tanto las AVD como las AIVD.

El impacto que tienen estas dos actividades en las personas con ACV reflejan en buena medida la importancia de conservar un estado de autonomía frente a las actividades que debe desempeñar. Cada una de las actividades fue evaluada por el índice de Katz, la cual valora las funciones sociobiológicas. Su carácter jerárquico permite de forma sencilla evaluar el estado funcional global y esto implica que para realizar una función debe tener la destreza adecuada para hacer otras de menor nivel jerárquico, la cual confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, la comodidad para la persona encuestada y la facilidad para comunicar la información.

Para el Índice de Katz, el fenómeno de la dependencia sigue un orden establecido y la recuperación de la independencia se hace de forma ordenada e inversa, esto tomando como referencia la evolución funcional del desarrollo de un niño. Así, se recupera primero la capacidad para comer y la continencia de esfínteres, luego la de levantarse de la cama e ir al baño y, por último, la capacidad para vestirse y bañarse. La pérdida de capacidad de comer, se asocia casi siempre a la incapacidad para las demás actividades. Todo esto no se cumple en un 5% de los casos.

En este estudio la actividad que presentó dependencia con mayor frecuencia fue la actividad de vestido, lo cual difiere con el estudio de Parlay en donde la actividad que presentó mayor dependencia fue la de baño. No obstante ambos resultados concuerdan con lo reportado en la teoría al ser una de las últimas actividades que las personas con ACV recuperan en su independencia.⁷²

Uno de los retos esenciales en las personas que tuvieron un ACV y que sobrevivieron, es el regreso a su vida cotidiana con el mayor nivel de funcionalidad posible. Al evaluar las AVD en ocasiones se deja de lado a las AIVD para complementar las evaluaciones hechas en el nivel de funcionalidad. En forma general en este estudio se encontró en las AIVD en primer lugar que el nivel de

dependencia es el de dependencia total, lo cual difiere con otros estudios como el de Jiménez y colaboradores donde la mayor parte de la población estudiada se encontró clasificada en un nivel de dependencia moderada. Se infiere que buena parte de esa variación radica en las diferencias en el tiempo de evolución, ya que en este estudio se realizó al mes de evolución y en el estudio de Jiménez la comparación se realizó seis meses posteriores al evento.³³ Esta recuperación de las funciones se da en cuestión al tiempo de evolución y los tipos de apoyos con los que cuente la persona con ACV. También existen factores clínicos como la reabsorción del edema, recompensación iónica inter e intra celular, reajustes funcionales en el área de penumbra, además de mecanismos neuroplásticos que influyen en la recuperación de la funcionalidad de la persona.⁷⁰

Aproximadamente entre el 75 al 85% de las personas que tuvieron un ACV recuperan la capacidad de caminar con ayuda o incluso sin ella. En las personas con hemiparesia mejoran hasta un 73% en etapas tempranas después del ACV y que llegan a mejorar en algunos casos hasta un 37% en el transcurso de 12 meses. Es por eso que cerca del 45 al 58% de las personas con ACV logran tener una independencia en sus cuidados y que influye de manera importante en la realización de las AVD y las AIVD.⁷⁰

Dentro de los datos encontrados en este estudio, se observó que en las AVD se clasificaron tanto en incapacidad severa como la ausencia de incapacidad o incapacidad leve mostrando comportamientos bimodales y que las AIVD tienden más hacia la severidad. Estas variaciones se deben en buena medida a las actividades que miden estos instrumentos. En las AVD evalúa las actividades que son esenciales para la persona en seis funciones sociobiológicas de forma personal y que clasifica a la persona en independiente o dependiente para esa actividad. En cambio, las AIVD clasifican la dependencia funcional en la comunidad. Es evaluada por ocho actividades y tiene diversas formas de puntuación para clasificar si la persona es independiente o dependiente en estas actividades, es por eso, que estas actividades son clasificadas como complejas y requieren de un componente cognitivo para su realización, lo que permite que las personas puedan adaptarse en el entorno y mantener un índice de independencia en la comunidad. En función a lo

anterior, es por eso que las actividades son puntuadas en este estudio como más afectadas en las AIVD que en las AVD concordando con lo encontrado en la literatura.⁷³

La pérdida de esta autonomía en las personas con un ACV impacta en su CV, de ahí la importancia de ver la relación entre los estados funcionales y la CV después de un ACV. Múltiples estudios hablan sobre la evolución de las personas que han padecido un ACV teniendo como secuelas una hemiplejía y han demostrado que la falta de seguimiento comporta un deterioro progresivo de la persona, con pérdida de la capacidad funcional, depresión, trastornos cognitivos, etc. Todo es motivo de reingresos hospitalarios temporales, o de larga estancia en centros especiales y ello de alguna manera afecta la CV de las personas.⁷⁴

Medir la calidad de vida es un aspecto que ha cobrado relevancia en los últimos años, Bustelo menciona que la calidad de vida se está traduciendo como mercancía de calidad y que se relaciona con el éxito económico de las personas que tienen mayor poder adquisitivo.⁷⁵ También es un buen indicador para evaluar si un tratamiento es exitoso a pesar de los factores contextuales en el que se desarrolla la persona con ACV.

En forma general, se observó que el nivel de CV con mayor porcentaje se localizó en una afectación leve, lo que concuerda con el estudio realizado por Soriano donde tuvo una calidad de vida con afectación leve.³⁷ Otros estudios como el realizado por Cerniauskaite en Italia muestran decrementos de forma general en la CV comparada con un año previo.³²

Esta variación entre el nivel de calidad de vida con afectación leve en comparación a los estados funcionales encontrados en este estudio tiene múltiples factores que pudieron influir en estos resultados. En primer lugar, tiene relación con el tiempo en el que se evaluó la CV ya que varió el tiempo de evolución en el ACV, en donde las personas que tienen poco tiempo de convivir con la enfermedad en algunos casos no perciben la alteración en su estado funcional o están en este proceso de recuperación en donde las secuelas pueden ser temporales o permanentes afectando algunas actividades por lo cual pueden percibirse aún sin alguna alteración. Por otro lado, los factores que influyen en la CV es su constructo

multidimensional abarca desde dimensiones físicas, emocionales y sociales donde interactúan de manera dinámica para poder clasificar el nivel de la CV y que dependerá de factores intrínsecos y extrínsecos de la persona, es por eso que puede ocurrir casos en donde tenga un nivel funcional bajo, pero con apoyos y características individuales que lo ayuden a situarse en un nivel de calidad de vida alto.⁶⁶

Por último, se encuentra que la calidad de vida se relaciona de manera negativa para las AVD y las AIVD lo que refleja que a medida que incrementa el nivel de dependencia, la CV de la persona va disminuyendo lo cual concuerda con los datos encontrados en estudios similares por ejemplo el realizado por Khalid en donde la CV de las personas con ACV disminuye un 33% por cada incremento de la escala de Ranking para evaluar discapacidad.⁷⁷

Cerniauskaite reporta que la correlación entre CV y funcionalidad es significativa y que en algunas correlaciones realizadas por áreas como el área física (funcionamiento físico, papel físico, dolor corporal, general salud y PCS) y escalas WHO-DAS II conectadas a la movilidad, tareas domésticas obtuvieron correlaciones más altas³², lo cual en este estudio no se pudo realizar debido a el número limitado de participantes pero que concuerda con sus correlaciones generales en donde se observó una disminución en la CV y el incremento en mayores niveles de discapacidad.

La importancia del funcionamiento físico como eje para la recuperación del desempeño en el hogar y en otros contextos que implican movilización se ve reflejada en estudios como el de Giaquinto que mostró correlaciones entre la funcionalidad medida al ingreso y al egreso hospitalario con la CV en todas las dimensiones de manera significativa.⁷⁸ Estudios como el realizado por Yayla reporta que existe correlaciones para CV relacionada con la fatiga y fatiga con el nivel de dependencia.³⁸ En el estudio de Yang también concuerda que existe una correlación significativa entre la fatiga y la AVD y la fatiga con la CV.⁷⁹

Finalmente, aunque el propósito de esta tesis no fue analizar el modelo de vigilancia del ACV propuesto por la OMS y utilizado como base para la metodología de este estudio, sin embargo, es indispensable realizar algunas consideraciones sobre él para entender la pertinencia y aporte de este trabajo.

La atención al ACV ha estado enfocada en lo clínico-hospitalario-individual-patología lo cual conforma el modelo médico tradicional. El enfoque de la OMS aporta una extensión a esa mirada puesto que propone analizar también lo ocurrido antes del ACV en la vida comunitaria y por ello señala la importancia de recoger datos sobre los factores de riesgos que potencian la aparición de la enfermedad y permiten con ello establecer medidas preventivas. Por otra parte, su propuesta también constituye un aporte para mejorar la calidad de la atención hospitalaria puesto que pone de relieve la vigilancia de las acciones emprendidas para el diagnóstico y tratamiento farmacológico. Además, propone recoger datos para conocer la supervivencia del paciente después de su egreso hospitalario y dimensionar con ello la gravedad en términos de mortalidad del ACV.

Las consideraciones hechas sobre el modelo de la OMS permiten entender la necesidad de introducir en este estudio las escalas de evaluación de la dependencia y la calidad de vida que permitieron obtener datos que señalan el impacto que tiene el evento en el desarrollo de las AVD en distintos contextos en los que habitualmente participan las personas y en las que aparecen múltiples barreras que no lo eran hasta que la funcionalidad se deteriora. Esta perspectiva también pone al descubierto la necesidad de profundizar en el estudio de la calidad de vida de manera extensa y no solo en su relación con la salud y con ello amplía el panorama de las acciones de la salud pública que transitan desde la calidad de los servicios sanitarios hasta la planificación de nuevos servicios comunitarios.

Por otra parte, también es evidente la necesidad de extender las acciones de prevención primaria hacia las personas que ya han sido afectadas por el ACV y no solo enfocarlas hacia la población sana para prevenir su aparición. Todo ello muestra el carácter dinámico de la prevención y la falta de comprensión que la restringe al desarrollo de acciones puntuales de acuerdo a los niveles de atención

en los que se brindan los servicios y que finalmente estas actividades influyen en el nivel de funcionalidad y la calidad de vida de las personas con ACV.

Dado que el funcionamiento físico es de extrema relevancia para la reincorporación de las personas a la vida cotidiana, ha sido durante mucho tiempo el eje rector de las acciones emprendidas para su recuperación, sin embargo, en años recientes se ha discutido de manera extensa la necesidad de incorporar el análisis de la participación que tiene el contexto para la recuperación de las personas. Producto de todo ello son los nuevos modelos de la discapacidad que proponen analizar tanto las limitaciones en la estructura y función como su reflejo en el desarrollo de las actividades cotidianas, todo ello mediado por un contexto que si no presenta adecuaciones para cada una de estas personas los situara en posición de exclusión.

Modelos como la CIF (Clasificación Internacional de la Funcionalidad) propuesto por la OMS permiten comprender de una forma innovadora el funcionamiento, discapacidad y salud. Lo hace de forma práctica al entender al funcionamiento como el conjunto de las funciones corporales, actividades y la participación. El concepto discapacidad se enfoca a las deficiencias, limitaciones en las actividades o restricciones en su participación, además también contempla los factores ambientales.⁸⁰

El modelo permite no solo evaluar la condición física y planear actividades rehabilitatorias sino que brinda una visión de conjunto que permite emprender acciones comunitarias utilizando para ello un lenguaje compartido para los servicios de atención sanitaria y social. Una vez elaborado este perfil por medio de la unificación del lenguaje en el ámbito de la salud y los estados relacionados con la salud, se plasma en ICF (International Classification of Functioning) los Core Sets que son núcleos básicos que pueden usarse en la práctica clínica, para la provisión de servicios e incluso en el área de investigación. Estas herramientas podrían ser de utilidad para el estudio y atención del ACV dado que aportarían una forma estandarizada de divulgar con mayor facilidad las acciones a implementarse en el área del funcionamiento con el afán de tener un plan de acción que pueda ser

aplicado para muchas personas o elaborar un plan de acción de forma específica en casos particulares donde no responda a las necesidades de la persona con ACV.⁸¹

La medición de la CV se ha centrado en el modelo médico enfocado en la limitación de la función y la rehabilitación, esto debido al daño cerebral que adquieren las personas y que se extienden en un gran abanico de manifestaciones, no obstante a esto, la única constante en ellas es el impacto negativo que el ACV tiene en la CV de las personas y de sus familias que frecuentemente se ve reducida después del evento.

Dado el interés que se ha dado en los últimos años sobre el concepto de CV y como medirla en personas con ACV, se han desarrollado modelos biopsicosociales en el área de la discapacidad las cuales se relacionan con las características de las personas y las demandas ambientales con las que se enfrentan día a día.

El impacto que se produce en la CV de las personas con ACV ha recobrado importancia, y esto se refleja en los avances que se ha tenido en el desarrollo de un concepto holístico de la CV, en el que se incluye la identificación de dimensiones y su operativización, así como mejores formas de evaluarla con la finalidad de planificar y desarrollar intervenciones basadas en evidencia que den respuesta a las necesidades y deseos de estas personas.⁸²

IX CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La metodología elegida fue una adecuación de la propuesta por la OMS y permitió obtener datos relevantes, pero puso de manifiesto la necesidad de extenderla en el tiempo para obtener una muestra mayor que permita tener mejor representatividad en función de los distintos niveles de dependencia de cada persona.

El uso de la metodología de la OMS también permitió entender que no obstante constituir un aporte para entender las necesidades de mejora en la atención del ACV, requiere incorporar la evaluación de la funcionalidad como eje central para direccionar y extender las acciones para la recuperación de la persona. Y que esas acciones requieren ampliarse más allá del enfoque clínico hospitalario que refleja la propuesta de la OMS al centrarse en recoger datos relacionados con la certeza diagnóstica y su tratamiento farmacológico.

Se comprueba la hipótesis nula de que, a mayor nivel de dependencia, menor calidad de vida. Ello perfila el gran trabajo que se debe realizar dentro y fuera de las instituciones de salud, la vigilancia más estrecha y continuada de las personas que tuvieron un ACV, la identificación y comparación del nivel de dependencia como herramienta que ayuda a saber las áreas con mayor dificultad, facilitando a los prestadores de los servicios de salud información para planificar de forma oportuna las actividades dentro de su estancia hospitalaria para el cuidado en el hogar con la finalidad de prevenir complicaciones.

Además, estos resultados ratifican la importancia de identificar los factores de riesgo para padecer la enfermedad y al mismo tiempo controlarlos para poder prevenir estos eventos en quienes no han presentado la enfermedad o su reincidencia en quienes ya han sido afectados por el ACV.

También es necesario abordar nuevas metodologías como los estudios mixtos que permitan recuperar las experiencias y trayectorias de las personas con ACV y su entorno familiar e institucional, además es evidente la necesidad de nuevos instrumentos que abarquen el área social en la calidad de vida para explorar estos temas logrando así una mayor cobertura para esta problemática en específico que

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

pueda abarcar la gran diversidad de situaciones que se presentan en estos casos para proponer y actuar de manera oportuna en estas personas con el ACV.

Las líneas de acción desde la salud pública son muy diversas y parten desde la divulgación del tema al público en general con la finalidad de identificar tanto los factores de riesgo como sus señales de alerta. Así mismo presentan retos para el fortalecimiento de la atención en la fase aguda del paciente. Pero uno de los mayores retos se sitúa en la reincorporación del paciente y en el diseño de planes, programas e instituciones hospitalarias y comunitarias para evitar el deterioro de la CV de la persona y de su núcleo familiar.

El estudio desarrollado refuerza además la pertinencia de desarrollar la colaboración interdisciplinaria e intersectorial para extender la atención a las personas con ACV fuera del ámbito hospitalario y más allá de la rehabilitación física y por ello constituye un reto que implica la construcción de una estrategia integral que puede estar centrada en el modelo de la CIF dado que su eje rector es la funcionalidad de la persona y no la patología, sin embargo, ello también pone de relieve la necesidad de fortalecer y transformar los perfiles de los profesionales que brindan la atención.

X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS [sede Web]*. OMS; 2015 [acceso 1 de noviembre de 2016]. Enfermedades no transmisibles. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
2. Legetic B, Ordúñez P. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Directrices para la evaluación y el manejar del riesgo cardiovascular [monografía en Internet]*. Washington D.C: OMS, 2010 [acceso 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13815&Itemid=270&lang=en
3. INEGI [sede Web]*. INEGI; 2015 [acceso 1 de noviembre del 2016]. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consulta de resultados: Tabulados básicos. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
4. OMS [sede Web]*. OMS; 2015 [acceso 21 de octubre de 2016]. Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
5. OPS. Consulta regional. Prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores. OPS. 2015
6. Secretaría de salud. Programa de acción específico. Prevención de la obesidad y riesgo cardiovascular 2013-2018. [monografía en Internet]*. Secretaria de Salud. [acceso 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevencionControlObesidadRiesgoCardiovascular2013_2018.pdf
7. American Heart Association-American Stroke Association: American Heart Association-American Stroke Association; 2016 [acceso 1 de noviembre de 2016]. Notas científicas. Disponible en: https://my.americanheart.org/professional/ScienceNews/Noticias-Cient%C3%ADficas-invierno-de-2015_UCM_473543_SubHomePage.jsp
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Perspectiva estadística San Luis Potosí diciembre [monografía en Internet]*, 2013. México: INEGI, 2013
9. SINAVE. Perfil epidemiológico de las enfermedades cardiovasculares en México. [monografía en Internet]*. SINAVE. [acceso 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/Monografias2_Enf_Cerebrovasculares_Mex_junio12.pdf
10. Secretaría general de gobierno. Periódico oficial del estado libre y soberano de San Luis Potosí. Programa sectorial de salud 2010-2015. [monografía en Internet]*. Secretaría general de gobierno. [[acceso 1 de noviembre del 2016]. Disponible en: [http://sgg.slp.gob.mx/periodicocorr.nsf/698db1bf32772baa062576ac0068e844/15a463e67c41e168062577a8004f90c3/\\$FILE/Programa%20sectorial%20Salud%20\(15-JUL-10\).pdf](http://sgg.slp.gob.mx/periodicocorr.nsf/698db1bf32772baa062576ac0068e844/15a463e67c41e168062577a8004f90c3/$FILE/Programa%20sectorial%20Salud%20(15-JUL-10).pdf)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

11. GBD compare. Viz Hub. [sede Web]*. EUA: Institute for health and evaluation; 2015 [acceso 11 de marzo del 2017]. Causas de muerte en México de 50 a 69 años. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>
12. William A, Rodríguez A, Federico A, Silva Sieger, Acosta Barreto MR. Perfil neuropsicológico en pacientes con ACV isquémico de la arteria cerebral media izquierda. *Acta NeurolColomb.* 2013;29: 36-43
13. S. Pinedo, M. Miranda, A. Suarez, M.M. García Ortiz, M. Quirós y A.M. Herrero. Sobrecarga del cuidador informal del paciente con ictus a largo plazo. *Rehabilitacion.* 2010; 44(4):345–350
14. Lollar DJ. Public health and disability: emerging opportunities. *PublicHealth Rep.* 2002; 117 (2):131-6.
15. Cardona Arias JA, Ospina Franco LC, Eljadue Alzamora AP. Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del WHOQOL-BREF y el MOSSF-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2015; 33 (1): 50-57
16. Khalid W, Rozi S, Ali TS, Azam I, Mullen MT, Illyas S, Kamal AK. Quality of life after stroke in Pakistan. *BMC Neurology.* 2016; 16 (250): 1-12. Disponible en: [10.1186/s12883-016-0774-1](https://doi.org/10.1186/s12883-016-0774-1)
17. Giaquinto S, Giachetti I, Spitidiglio C, Nolfe G. Quality of life stroke in rehabilitation setting. *Informa Healthcare USA.* 2009. 47 (4): 213-222.
18. Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Pública de México* 2011; 53 (2): 220-232.
19. INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Derechohabiente del ISSSTE 2007. México. 2007.
20. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México. 2012.
21. OPS. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. OPS. 2014.
22. OMS. Manual de la OMS para la vigilancia paso a paso de accidentes cerebrovasculares de la OMS: estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares /Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. OMS.2005.
23. Secretaria de Salud. Prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la enfermedad vascular cerebral isquémica México: Secretaría de Salud, 2008.
24. Cardinali D.P. Neurociencia aplicada. Sus fundamentos. 1º edición. Argentina: Panamericana; 2007.
25. Valero Freige B. Plan de cuidados: enfermedad cerebrovascular. *REDUCA.* 2012. 4 (1): 675-716
26. Suárez Escudero JC. Discapacidad y neurociencias: la magnitud del déficit neurológico y neuro psiquiátrico. *Acta Neurol Colomb.* 2014; 30 (4): 290-299.
27. OMS. Trastornos neurológicos. Desafíos para la salud pública. OMS. 2006.
28. Ministerio de sanidad y consumo. Primera conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. 2007.
29. Sociedad española de geriatría y gerontología. Guía práctica de la ley de dependencia. IMC. Madrid. 2007.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

30. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. España. 2008.
31. López Lira R, Vega Ramírez FA, Rodríguez Martín CR, Gpongora Padilla D, Martínez Cortés MC, Lucas Acién F. Actualizaciones en las escalas de medida para la calidad de vida y funcionalidad del paciente con Accidente Cerebrovascular. *Revista de Psicología*, 2011; 1 (4): 57-64.
32. Cerniauskaite M, Quintas R, Koutsogeorgou E, Meucci P, Sattin D, Leonardi M. et al. Quality of life and disability in patients with stroke. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2012. 91 (2): 39-47.
33. Jiménez Caballero PE, López Espuela F, Portilla Cuenca JC, Pedrera Zamorano JD, Jiménez Gracia MA, Lavado García JM, Casado Naranjo I. Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. *Rev Neurol* 2012;55 (06):337-342
34. García Pérez R, García Pino G, González Ballester D, García Moreno R. Modelo de regresión logística para estimar la dependencia según la escala de Lawton y Brody. *Semergen.* 2010; 36: 365-71
35. Nava Galán. La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enf Neurol.* 2010. 11 (3): 129-137.
36. Velarde Jurado E, Ávila Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud pública de México*, 2002; 44 (5): 448- 463.
37. Soriano Guillen AP, Coararsa Lirón de Robles A, Pérez de Santa Cruz PR, Solano Berdan V. Empleo de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) para cuantificar y medir la consecuencia de un ictus. Relación con variables demográficas y clínicas. *Rehabilitación (Madr).* 2013; 47 (4): 213-222.
38. Yayla V, Erdoğan H, Aydin F, Vural M, Çabalar M, Çakmak Bozan B, et al. Poststroke Fatigue and its Effect on Functional Status and Quality of Life in Patient with Ischemic Stroke. *Journal Of Neurological Sciences.* 2016; 33(3): 424-432.
39. Ganjiwale D, Ganjiwale J, Parikh S. Association of quality of life of carers with quality of life and functional independence of stroke survivors. *Journal Of Family Medicine & Primary Care.* 2016; 5(1): 129-133
40. Oros R, Popescu C, Iova S, Mihancea P, Iova C. Depression, activities of daily living and quality of life in elderly stroke patients. *Human & Veterinary Medicine.* 2016; 8(1): 24-28
41. Sand K, Wilhelmsen G, Næss H, Midelfart A, Thomassen L, Hoff J. Vision problems in ischaemic stroke patients: effects on life quality and disability. *European Journal Of Neurology.* 2016; 231-7
42. Gúzman Sabogal YR, Plan Vidal J, Sánchez Pedraza R, Sánchez Pedreño FO, Gómez Guevara MC. Health-related quality of life in stroke patients questionnaire, short version (HRQOLISP-40): validation for its use in Colombia. *Neurology*, 2016; 16:246-259
43. Sheldenkar A, Crichton S, Douiri A, Rudd A, Wolfe C, Chen R. Temporal trends in health-related quality of life after stroke: analysis from the South London Stroke Register 1995-2011. *International Journal Of Stroke.* 2014; 9(6): 721-727
44. Hernández Sampieri R, Fernández Collado c, Baptista Lucio MP. *Metodología de la investigación.* Sexta edición. México: Mc Graw Hill Education; 2014.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

45. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Consultado 13/02/2016]. Disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
46. Secretaria de Salud (SS). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 2006.
47. DOF. Ley Federal de protección de datos personales de posesión de los particulares. Diario Oficial de la Federación. 5/07/2010
48. DOF. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012.Del expediente clínico. 2012
49. García JG. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. Revista Cubana de Salud Pública. 2010; 36 (4): 371-380.
50. Fernández Nistal F. Nuevas tecnologías para la atención a personas con discapacidad de origen neurológico. Revista Española de Discapacidad, 2 (1): 233-236.
51. Chiquete E, Ruiz Sandoval JL, Murillo Bonilla LM, Arauz A, Villarreal Careaga J, León Jiménez C, Barinagarrementería F, Cantú Brito C. Egresos por EVC vascular cerebral aguda en instituciones públicas del sector salud de México: Un análisis de 5.3 millones de hospitalizaciones en 2010. Rev Mex Neuroci 2012; 13 (5)
52. Cantú Brito CG, Ruiz Sandoval JL, Chiquete Anaya E, Araúz Góngora A, León Jiménez C, Murillo Bonilla LM, et al. Factores de riesgo, causas y pronóstico de los tipos de enfermedad vascular cerebral en México: Estudio RENEMEVASC. Rev Mex Neuroci 2011; 12(5): 224-234
53. Cabrera Yayo A, Martínez Olazo O, Laguna Hernández G, Juárez Ocaña R, Rosas Barrientos V, Loria Castellanos J et al. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la ciudad de México. Estudio multicentrico. Med Int Mex 2008;24(2):98-103.
54. Ramírez Alvarado G, Téllez Alanís Bernarda. Epidemiología de la enfermedad vascular en México. Ausencia de registro de secuelas cognitivas. Revista mexicana de neurociencia. 2016; 17(2): 1-110
55. Chiquete Erwin, Ruiz Sandoval JL, Murillo Bonilla LM, Arauz Antonio, Villarreal Careaga J, Barinagarrementería F, et al. Mortalidad por enfermedad vascular cerebral en México, 2000-2008: Una exhortación a la acción. Rev Mex Neuroci 2011; 12(5): 235-241
56. Sanchez Pedrolo D, Tárzia Kakiyara C, Maria de Almeida M. O impacto das sequelas sensório-motoras na autonomia e independência dos pacientes pós-AVE. O MUNDO DA SAÚDE, São Paulo: 2011;35(4):459-466.
57. Flórez Torres IE, Montalvo Prieto A, Herrera Lián A. Calidad de vida en cuidadores de adultos con accidente cerebrovascular. Av enferm. 2010; 28: 52-60.
58. Ribeiro González M, Millán Gómez AP, Mochales Lara MF. Implicación del cuidador en el cuidado del paciente con ACV. INQUIETUDES. 2011. 45. 17-21.
59. González Piña R, Landinez Martínez D. Epidemiología, etiología y clasificación de la enfermedad vascular cerebral. Archivos de Medicina, 2016; 16 (2): 495-507

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

60. Málaga Germán, Cruz Saldaña T, Busta Flores P, André Carbajal, Santiago Mariaca K. La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica. *Acta Med Peru*. 2018;35(1):51-54
61. Guarda Salazar E, Fajuri Noemí A, Paredes Cárdenas A. Fisiopatología de las enfermedades cardiovasculares. Chile: Ediciones UC. 2016
62. López Cormenzana JC, Bounanotte CF. Hipertensión arterial y accidente cerebrovascular. *Neurol Arg*. 2012; 4 (1): 18-21.
63. Castellano JM, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67(9):724-730
64. León J C, Ruiz Sandoval JL, Chiquete E, Vega Arroyo M, Arauz A, Murillo Bonilla LM., et al. Hospital arrival time and functional outcome after acute ischaemic stroke: Results from the PREMIER study. *Neurología*. 2014; 29 (4):200-209
65. Cordero A, Lekuona I, Galve E, Mazón P. Novedades en hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65 (Supl 1):12-23.
66. Castañeda guarderas A, Veltrán Ale G, Casma Buastamente R, Ruiz Grosso P, Málaga G. Registro de pacientes con Accidente Cerebro Vascular en un hospital público del Perú, 2000-2009. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011;28(4):623-27.
67. Ávila Saldivar MN, Ordoñez Cruz AE, Ramírez Flores HJ. Enfermedad vascular cerebral: incidencia y factores de riesgo en el Hospital General La Perla. *Med Int Mex* 2012;28(4):342-344
68. Cantú Brito C, Majersik JJ, Sanchez Brisa N, Ruano LA, Quiñones G, Arzola J, et al. Vigilancia epidemiológica del ataque vascular cerebral en una comunidad mexicana: Diseño de un proyecto población para el estudio de enfermedades en México. *Rev Mex Neurocl*. 2010; 11 (2): 128-135.
69. Clua Espuny JL, Piñol Moresco JL, Gil Guillén VF, Orozco Beltrán D. Resultados de la prevención cardiovascular primaria y secundaria en pacientes con ictus: riesgo de recurrencia y supervivencia asociada (estudio Ebrictus). *Rev Neurol* 2012; 54 (2): 81-92
70. Suárez Escudero JC, Restrepo Cano SC, Ramirez EP, Bedoya CL, Jiménez I. Descripción clínica, social, laboral y de la percepción funcional individual en pacientes con ataque cerebrovascular. *Acta Neurol Colomb*. 2011; 27 (2): 97-105.
71. Aguirre Garza GE, Mata Sánchez R, Cavazos Cavazos LM, Reyes Escobedo A, Castillo Cavazos LG, Ponce de León AM. Presentación de la nemotecnia "HEROE" para la identificación temprana de enfermedad vascular cerebral diseñada y dirigida para su uso en la población hispanohablante. *Medicina Universitaria*. 2012; 14: 131-142.
72. Parlay Cossì L, Riveri Bell RM; Armenteros Páez J, Batistal Ramos LE. Índice de independencia de paciente con Accidente Vascular Encefálico. *Revista Cubana de Enfermería* 2010; 26(4) 206-221
73. De Jesús Martínez MR, Guijo Blanco V. Evaluación funcional de la vejez. *Revista de Psicología*. 2012; 1 (3): 329-336
74. López Liria R, Vega Ramírez FA, Rodríguez Martín CR, Padilla Góngora D, Martínez Cortés MC, López García MM. Calidad de vida en mayores con accidente cerebrovascular. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2010; 1 (1): 457-462.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

75. Bustelo Gráffigna E. ¿Vida o calidad de vida? Salud colectiva. 2008; 4 (2): 143:147.
76. 70. Oros Rares I, Popescu Codruta A, Iova Sorin O, Mihancea P, Lova CA. Depression, activities of daily living and quality of life in elderly stroke patients. HVM Bioflux. 2016; 8 (1): 24-28
77. Wardah Khalid, Rozi Shafquat, Tazeen Saeed A.Iqbal Azam, Mullen MT, Illyas Saleem, et al. Quality of life after stroke in Pakistan. Neurology (2016) 16:250
78. Giaquinto S, Giachetti I, Spiridigliozzi C, Nolfe G. Quality of Life After Stroke in a Rehabilitation Setting, Clinical and Experimental Hypertension, 32:7, 426-430, DOI: 10.3109/10641961003667963
79. Yang Kun C, Jian Freng Q, Wein Min X, Wan Yi L, Han Yu W, Wei Li. Poststroke Fatigue and its Effect on Functional Status and Quality of Life. World Stroke Organization. 2015; 10: 506–512
80. Fernández López JA, Fernández Fidalgo M, Cieza AI. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Pública 2010; 84: 169-184
81. OMS/OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Versión Abreviada. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001 [acceso 03 de septiembre del 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=DF6004D885350E2637EC708FF966CF95?sequence=1
82. Verdugo MA. Gómez LE, Fernández M, Aguayo V, Arias B. Escala CAVIDACE. Evaluación de la calidad de vida de personas con daño cerebral. España. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). 2018 [acceso 03 de septiembre del 2018]. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO27366/>

ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Dependencia			
Definición conceptual: Déficit de funcionamiento corporal a consecuencia de una enfermedad o accidente, que se traduce como una limitación en la actividad.			
Definición operacional: Grado de funcionamiento después de la enfermedad o algún accidente que sufrieron			
Dimensiones	Tipo de variable	Escala de evaluación	
Actividades instrumentales de la vida diaria	Ordinal	0-1 Total 2-3 Severa 4-5 Moderada 6-7 Ligera 8 Independencia/ sin dependencia	
Actividades de la vida diaria	Ordinal	Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve. Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada. Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.	
VARIABLE DEPENDIENTE: Calidad de vida			
Definición conceptual: Percepciones, individuales de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en la cual vive, en relaciona con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.			
Definición operacional: Percepción de la persona dentro del ámbito cultural, social y personal.			
Dimensiones	Tipo de variable	Escala de medición	
Estado físico	Discreta	5 Extrema 4 Mucha	3 Bastante 2 Poca 1 ninguna
Comunicación	Discreta	5 Extrema 4 Mucha	3 Bastante 2 Poca 1 Ninguna
Cognición	Discreta	5 Extrema 4 Mucha	3 Bastante 2 Poca 1 Ninguna
Emociones	Discreta	5 Muy mal 4 Mal	3 Regular 2 Bien 1 Muy bien
Sentimientos	Discreta	5 Nunca 4 Muy poco tiempo	3 Parte del tiempo 2 Casi siempre 1 Siempre
Actividades de la vida diaria	Discreta	5 Extrema 4 Mucha	3 Bastante 2 Poca 1 Ninguna
Funciones	Discreta	5 Extrema 4 Mucha	3 Bastante 2 Poca 1 Ninguna

ANEXO 2 RECURSOS FINANCIEROS

CONCEPTO	COSTO
Material de oficina (Hojas, lápices, gomas)	\$500
Traslado	\$3 600
Viáticos (alimentación y bebida)	\$1 300
Publicación del artículo (Traducción oficial)	\$10 000
Divulgación a través de cartel	\$200
Asistencia a congreso	\$ 1 500
TOTAL	\$ 17 100

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Consentimiento informado para estudio “Nivel de dependencia y su relación con la calidad de vida en personas con accidente cerebrovascular”

San Luis Potosí, S.L.P. a ____ de _____ del año 201_.

Mi nombre es Fatima Enríquez Blanco, soy estudiante de la maestría en Salud Pública.

Me encuentro realizando una investigación titulada “Nivel de dependencia y su relación con la calidad de vida en personas con ACV” junto con mis asesoras Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez y Dra. Maribel Cruz Ortiz.

Este proyecto pretende identificar si una mayor dependencia ocasionado por la enfermedad está relacionado con una disminución en la calidad de vida de las personas que tuvieron un derrame cerebral.

Este estudio es importante porque los derrames cerebrales (Accidentes Cerebrovasculares) en la actualidad han ido incrementando en la población adulta y en ocasiones las complicaciones que generan provocan algún tipo de dependencia que puede generar dificultades para que la persona pueda continuar con su vida diaria una vez que egresa del hospital.

Es por eso que al poder identificar cuáles son las áreas donde tienen más dificultad se puede planear en un futuro las actividades más adecuadas para este tipo de personas en el hogar y poder colaborar en su funcionalidad al regreso de su hogar, mejorando con esto su calidad de vida.

Por esta razón lo invitamos a formar parte de este estudio, si usted desea participar no tendrá que hacer ningún tipo de inversión, únicamente se le hará una encuesta y si tiene alguna duda la responderemos con gusto.

El estudio se considera como riesgo mínimo ya que usted solo será entrevistada para la investigación. Su participación es totalmente voluntaria, si acepta participar y por alguna situación desea retirarse, se respetará su decisión sin que ello tenga repercusiones negativas para usted. La información que nos proporcione será confidencial y únicamente se utilizará para los fines de este trabajo.

Nombre del Participante

Firma del participante

Con la información que se me ha proporcionado acepto participar voluntariamente en esta investigación, en el entendido de que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi persona.

Investigadora responsable:

L.E. Fatima Enríquez Blanco

Si tiene alguna duda o comentario respecto del estudio, se puede comunicar con las investigadoras responsables o acudir a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición que se encuentra ubicado en Niño Artillero #130 Zona Universitaria o al teléfono: 8-23-26-00 Ext.5084 o al teléfono celular 4444222635 con la investigadora principal.

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUIDADOR PRIMARIO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Consentimiento informado familiar para estudio “Nivel de dependencia y su relación con la calidad de vida en personas con accidente cerebrovascular”

San Luis Potosí, S.L.P. a ____ de _____ del año 201__.

Mi nombre es Fatima Enríquez Blanco, soy estudiante de la maestría en Salud Pública.

Me encuentro realizando una investigación titulada “Nivel de dependencia y su relación con la calidad de vida en personas con ACV” junto con mis asesoras Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez y Dra. Maribel Cruz Ortiz.

Este proyecto pretende identificar si una mayor dependencia ocasionado por la enfermedad está relacionado con una disminución en la calidad de vida de las personas que tuvieron un derrame cerebral.

Este estudio es importante porque los derrames cerebrales (Accidentes Cerebrovasculares) en la actualidad han ido incrementando en la población adulta y en ocasiones las complicaciones que generan provocan algún tipo de dependencia que puede generar dificultades para que la persona pueda continuar con su vida diaria una vez que egresa del hospital.

Es por eso que al poder identificar cuáles son las áreas donde tienen más dificultad se puede planear en un futuro las actividades más adecuadas para este tipo de personas en el hogar y poder colaborar en su funcionalidad al regreso de su hogar, mejorando con esto su calidad de vida.

Por esta razón lo invitamos a formar parte de este estudio, ya que su familiar no puede contestar la encuesta usted como cuidador primario puede proporcionarnos la información para esta investigación, en donde si usted desea participar no tendrá que

hacer ningún tipo de inversión, únicamente se le hará una encuesta y si tiene alguna duda la responderemos con gusto.

El estudio se considera como riesgo mínimo ya que usted solo será entrevistada para la investigación. Su participación es totalmente voluntaria, si acepta participar y por alguna situación desea retirarse, se respetará su decisión sin que ello tenga repercusiones negativas para usted. La información que nos proporcione será confidencial y únicamente se utilizará para los fines de este trabajo.

Nombre del Participante

Firma del participante

Con la información que se me ha proporcionado acepto participar voluntariamente en esta investigación, en el entendido de que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi persona.

Investigadora responsable:

L.E. Fatima Enríquez Blanco

Si tiene alguna duda o comentario respecto del estudio, se puede comunicar con las investigadoras responsables o acudir a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición que se encuentra ubicado en Niño Artillero #130 Zona Universitaria o al teléfono: 8-23-26-00 Ext.5084 o al teléfono celular 4444222635 con la investigadora principal.

ANEXO 5. CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERÉS

San Luis Potosí, S.L.P a 20 de marzo del 2017

A quien corresponda:

De acuerdo con la presente manifestamos que en el protocolo de investigación titulado "Nivel de dependencia y su relación con la calidad de vida en personas con accidente cerebrovascular" NO EXISTE ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo, desde la creación del proyecto hasta la publicación de los diferentes productos que se generen.

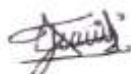
De igual modo se dará el debido crédito a los participantes actuales y futuros y que los involucrados en este protocolo de investigación tendrán obligaciones éticas al momento de la publicación de los datos de investigación, se harán responsables de que los datos publicados serán exactos y verídicos.

En caso de generar publicaciones derivadas de la tesis tendrá como primer autor la estudiante de maestría Fatima Enríquez Blanco seguida de las coautoras Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez y Dra. Maribel Cruz Ortiz y que ante cualquier circunstancia serán respetados los créditos de los participantes.

Para las publicaciones posteriores, la autoría principal se decidirá por consenso teniendo como criterio principal la contribución que realicen cada uno de los involucrados para ir como primer autor, teniendo en cuenta el acuerdo previo del autor principal.

El financiamiento para este protocolo de investigación, incluyendo la publicación de artículos o productos derivados serán solventados en 70% por las asesoras y 30% por la tesista.

Con lo antes mencionado quedan claramente establecidos nuestros acuerdos en este proyecto firmando de conformidad.



Fatima Enríquez Blanco
Alumna de la maestría en Salud
Pública



Directora de tesis
Dra. Ma del Carmen Pérez
Rodríguez



Co-asesora de tesis
Dra. Maribel Cruz Ortiz

ANEXO 6. INSTRUMENTOS PARA LA VIGILANCIA PASO A PASO DE ACB DE LA OMS

TODOS LOS CASOS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

FOLIO

A. IDENTIFICACIÓN

1. Identificación del recolector de datos. *Coloque las iniciales de su nombre con dos apellidos*

2. Fecha de cumplimentación del instrumento. *Coloque día, mes y año (números)*

__/__/____

B. DATOS DEMOGRÁFICOS

3. Fecha de nacimiento *Si no se conociera la fecha de nacimiento, anote la edad. d d m m a a a a*

__/__/____ Edad []

4. Sexo []

1) Hombre

2) Mujer

C. ESTADO SOCIOECONÓMICO

5. ¿Cuál es el mayor nivel completo de escolarización que ha obtenido la persona? []

Si una persona asistió unos pocos meses del primer año de escuela secundaria pero no completó el año, registre como "enseñanza primaria concluida". Si una persona solo fue unos pocos años a la escuela primaria o nunca fue a la escuela, registre como "sin escolarización formal".

- (1) Sin escolarización formal
- (2) Menos que la enseñanza primaria
- (3) Enseñanza primaria concluida
- (4) Terminó la enseñanza secundaria
- (5) Terminó la enseñanza media
- (6) Enseñanza superior concluida
- (7) Postgrado
- (9) Desconocido

6. ¿Cuáles de las siguientes respuestas describen mejor la situación laboral **principal** de la persona en los 12 últimos meses? []

La finalidad de esta pregunta es ayudar a responder otras cuestiones, como si el tratamiento, la supervivencia y la rehabilitación pueden diferir en función de la situación laboral, pueden elegirse varias opciones

- (1) Funcionario gubernamental
- (2) Funcionario público
- (3) Trabajador por su cuenta
- (4) Jubilado por edad o por tiempo de servicio
- (5) Estudiante
- (6) Hogar
- (7) Pensionado (por lesión, enfermedad)
- (8) Beneficiario o deudo
- (9) Desempleado
- (10) Desconocido

D. INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

7. Fecha del último accidente cerebrovascular. *Anote la fecha del inicio de los síntomas de accidente cerebrovascular o de la primera vez que se observaron los síntomas. d m a*

__/__/____

- ¿Accidente cerebrovascular definitivo? *Seleccione una opción* []

- (1) Si
- (2) No
- (3) Datos insuficientes

8. Si el paciente tuvo un accidente cerebrovascular definitivo, ¿tuvo un accidente cerebrovascular anterior? *Confirme el diagnóstico exacto de accidente cerebrovascular de los episodios anteriores*

- (1) Si, visto registro
- (2) Si, registro no vistos
- (3) No, registros vistos
- (4) No, registros no vistos
- (5) Datos insuficientes

9. Si el paciente tiene un accidente cerebrovascular definitivo, ¿es el primer episodio en el periodo de estudio?

- (1) Si
- (2) No
- (3) Datos insuficientes

10. Si posteriormente sufrió un accidente cerebrovascular (más de 28 días después del anterior), anote la fecha del episodio posterior. *Anote la fecha del inicio de los síntomas de accidente cerebrovascular o de la primera vez que se observaron*

___ / ___ / ___

CASOS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR INTERNADOS EN EL HOSPITAL (PASO 1)

E. INGRESO HOSPITALARIO

11. Fecha del internamiento en el hospital. *En caso de accidente cerebrovascular intrahospitalario, anote el día de hospitalización por la enfermedad principal* / /

12. ¿En qué departamento(s) o unidad(es) fue tratado el paciente en el último evento? *Anote 1 para SI, 0 para NO, o 9 para DESCONOCIDO Si el paciente fue tratado en varias unidades, enumérelas todas. Si no se conociera el dato, anote 9.*

- Unidad de cuidados intensivos
- Unidad médica
- Unidad neurológica
- Unidad neuroquirúrgica
- Unidad de rehabilitación
- Unidad de ACV
- Otros

13. ¿En qué situación vivía el paciente antes del accidente? *En caso de un paciente con accidente cerebrovascular intrahospitalario, anote la situación en la que vivía antes de la hospitalización*

- (1) Independiente, en su domicilio
- (2) Dependiente, en su domicilio
- (3) Institución en la comunidad

14. Escala de Rankin modificada antes del accidente cerebrovascular. *Seleccione una opción.*

- (0) Sin síntomas
- (1) Sin discapacidad significativa a pesar de los síntomas
- (2) Discapacidad leve
- (3) Discapacidad moderada, pero puede andar sin ayuda
- (4) Discapacidad moderada, pero no puede andar sin ayuda
- (5) Discapacidad grave
- (9) Desconocida

15. ¿Cuáles de los siguientes signos neurológicos estaban presentes en la primera exploración clínica tras la hospitalización? *Seleccione tantos como se considere necesario. Anote 1 si el signo neurológico estaba presente en la primera exploración clínica, 0 si no había signos y 9 en caso de que no conozca ese dato si no había ninguno coloque la opción correspondiente.*

- Alteración del nivel de conciencia
- Debilidad o paresia
- Trastornos del habla
- Otros (especifique cuáles)

F. CLASIFICACION DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

16. ¿Qué subtipo de ACV se diagnosticó?
- (1) ACV isquémico
 - (2) ACV hemorrágico
 - (3) Tipo no especificado
17. ¿Cómo se comprobó el diagnóstico del subtipo de ACV?
- (1) Solo diagnóstico clínico
 - (2) Por técnicas de diagnóstico
18. ¿Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas se realizó? *Anote 1 para SI, 0 para NO, o 9 para DESCONOCIDO*
- Angiografía
 - Ecografía carotídea
 - Tomografía computadorizada
 - Electrocardiograma
 - Punción lumbar
 - Resonancia magnética
 - Otras
19. En el caso de que se realizara una prueba de diagnóstico por imágenes, ¿en qué momento se hizo la prueba tras el inicio de los síntomas de ACV?
El tiempo que se tarda en realizar la primera prueba de diagnóstico por imágenes es crítico. Si el retraso es superior a 2 semanas, puede producirse la reabsorción en el caso de un pequeño accidente cerebrovascular hemorrágico y el cuadro puede diagnosticarse, erróneamente, como un accidente cerebrovascular isquémico
-
- 1) En 24 horas
 - 2) Entre 24 horas y 7 días
 - 3) Entre 8 y 14 días
 - 4) Más de 14 días
 - 5) No procede
 - (9) Desconocido

G. FACTORES DE RIESGO VASCULAR

20. ¿Cuáles de los siguientes factores de riesgo vascular se observaron en el paciente? *Anote 1 para SI, 0 para NO, o 9 para DESCONOCIDO*
- Diabetes mellitus
 - Hipertensión arterial
 - Fibrilación auricular
 - Consumo actual de tabaco
 - Tabaquismo pasivo
 - Consumo excesivo de alcohol
 - Hipercolesterolemia
 - Inactividad física
 - Régimen alimentario (escaso consumo de frutas y verduras)
 - Obesidad
 - Sobrepeso
 - Acceso a tratamiento médico
 - Antecedentes familiares, genética

H. TRATAMIENTO MÉDICO/PREVENCIÓN SECUNDARIA

21. ¿Recibió el paciente uno o más de los siguientes medicamentos **cuando estaba en el hospital**?
Anote 1 para SI, 0 para NO, o 9 para DESCONOCIDO

- Anticoagulantes
- Antiplaquetarios
- Trombolíticos
- Otros
- Se desconoce

22. ¿Recibió el paciente uno o más de los siguientes medicamentos **cuando fue dado de alta del hospital?** *Anote 1 para SI, 0 para NO, o 9 para DESCONOCIDO*

- Anticoagulantes
- Antiplaquetarios
- Antidiabéticos
- Antipertensivos
- Hipocolesterolemiantes
- Otros
- Se desconoce

I. EVALUACIÓN INTRAHOSPITALARIA

23. ¿Cuál de las siguientes evaluaciones se realizó durante la estancia del paciente en el hospital? *Refiérase a las evaluaciones durante la hospitalización. Anote 1 para SI, 0 para NO, o 9 para DESCONOCIDO*

- Evaluación del fisioterapeuta
- Evaluación del logopeda
- Evaluación de la deglución
- Médico general
- Médico especialista
- Ninguna
- Otros

J. COMPLICACIONES DURANTE EL INTERNAMIENTO EN EL HOSPITAL

24. ¿Cuál de las siguientes complicaciones tuvo lugar durante el internamiento del paciente en el hospital?

- Trombosis venosa profunda
- Otra complicación cardiovascular
- Neumonía
- Ninguna

K. ALTA HOSPITALARIA

25. ¿Cuál era el estado vital en el momento del alta? *Seleccione una opción.*

- (1) Paciente vivo
- (2) Paciente fallecido

26. Si el paciente murió en el hospital, indique la fecha del fallecimiento. *Esta fecha es necesaria para calcular las tasas de supervivencia temprana*

___/___/___

27. Si el paciente estaba vivo en el momento del alta, indique la fecha de alta. *Esta fecha es necesaria para calcular las tasas de supervivencia y duración de la estancia en el hospital*

___/___/___

28. Si el paciente estaba vivo en el momento del alta, ¿cuál fue su destino?

- (1) Su domicilio
- (2) Otro hospital u otra sala
- (3) Institución en la comunidad
- (9) Desconocido

29. Si el paciente estaba vivo en el momento del alta, cuál era su puntuación en la escala de Rankin modificada *Seleccione la opción más cercana de acuerdo a los datos del expediente*

- (0) Ausencia de síntomas
- (1) Ausencia de discapacidad significativa a pesar de síntomas

- (2) Discapacidad leve
- (3) Discapacidad moderada, pero puede andar sin ayuda
- (4) Discapacidad moderada, pero no puede andar sin ayuda
- (5) Discapacidad grave
- (9) Desconocido

SEGUIMIENTO EN EL DÍA 28 DESPUÉS DEL INICIO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (OPCIONAL)

30. ¿Fue posible hacer el seguimiento del paciente en el día 28? []
- (6) Si, visto registro
 - (7) No, sin contacto
 - (8) No, el paciente se negó
31. Si se realizó el seguimiento del paciente, indique la fecha dd mm aaaa _ _ / _ _ / _ _ _ _
32. ¿Cómo se realizó el seguimiento en el día 28? *Seleccione una opción. Anote no "procede" en el caso de los pacientes que murieron en los 28 primeros días, se negaron a participar o con los que no se pudo hacer contacto.* []
- 1) Exploración física
 - 2) Entrevista telefónica
 - 3) Seguimiento por correo
 - 4) Otros
 - 5) No procede
33. ¿Cuál es el estado vital en el día 28? *Seleccione una opción.* []
- 1) Paciente vivo
 - 2) Paciente fallecido
 - 3) Desconocido
34. Si el paciente estuviera muerto en el momento del seguimiento (día 28), indique la fecha de fallecimiento. _ _ / _ _ / _ _
35. Si en el día 28 el paciente estuviera vivo, ¿Cuál era su situación vital en ese día? *Seleccione una opción* []
- (1) Domicilio
 - (2) Institución en la comunidad
 - (3) Permanece en el hospital
36. Si en el día 28 el paciente estuviera vivo. Escala de Ranking modificada en el día 28 *Seleccione una opción* []
- (0) Ausencia de síntomas
 - (1) Ausencia de discapacidad significativa a pesar de síntomas
 - (2) Discapacidad leve
 - (3) Discapacidad moderada, pero puede andar sin ayuda
 - (4) Discapacidad moderada, pero no puede andar sin ayuda
 - (5) Discapacidad grave
 - (9) Desconocido

**CASOS MORTALES DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN LA COMUNIDAD
(PASO 2)**

37. Indique la fecha del fallecimiento dd mm aaaa / /
38. ¿Cómo fue tratado el paciente en la comunidad desde el inicio del accidente cerebrovascular hasta la muerte? *Seleccione una opción.*
- 6) En una residencia de ancianos
 - 7) En su domicilio por un médico
 - 8) Otro tipo de consulta médica
 - 9) No recibió atención médica
 - 10) Datos insuficientes
39. ¿Cómo se obtuvieron los datos del accidente cerebrovascular mortal en la comunidad?
- 4) Autopsia verbal
 - 5) Certificado de defunción
 - 6) Autopsia médica
40. Si los datos se obtuvieron de un **certificado de defunción**, ¿qué sistema de clasificación internacional de enfermedades (CIE) se utilizó.
41. Si se utilizó un sistema de CIE, indique el código CIE
42. Si se realizó una **autopsia médica**, ¿qué subtipo de ACV se diagnosticó? *Seleccione una opción*
- (3) ACV isquémico
 - (4) ACV hemorrágico
 - (3) Tipo no especificado

ANEXO 7. INDICE DE KATZ. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

ÍNDICE DE KATZ

FOLIO

ACTIVIDAD	CLASIFICACIÓN	PUNTOS	PUNTAJE
BAÑO	Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía	1	
	Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo	0	
VESTIDO	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos	1	
	Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido	0	
USO DEL WC	Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia	1	
	Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC	0	
MOVILIDAD	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo	1	
	Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos	0	
CONTINENCIA	Independiente: Control completo de micción y defecación	1	
	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación	0	
ALIMENTACIÓN	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)	1	
	Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral	0	
		TOTAL	

El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
 - B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
 - C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera.
 - D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
 - E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C. y otra cualquiera.
 - F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C. Movilidad y otra cualquiera de los dos restantes.
 - G. Dependiente en todas las funciones.
 - H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.
- De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:
 Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
 Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
 Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

ANEXO 8. ESCALA DE LAWTON-BRODY.AVD INSTRUMENTALES

ESCALA DE LAWTON-BRODY
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

FOLIO

ACTIVIDAD	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
CAPACIDAD DE USAR EL TELÉFONO	Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
	Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
	Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
	No utiliza el teléfono en absoluto	0
IR DE COMPRAS	Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	Realiza independientemente pequeñas compras	0
	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
	Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
	Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
CUIDADO DE LA CASA	Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (p.ej. trabajos pesados)	1
	Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las	1
	Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
	No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
	Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc.)	1
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
	Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
	No viaja en absoluto	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
	Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis preparadas	0
	No es capaz de administrarse su medicación.	0
MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS	Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos	1

ANEXOS

	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda para ir al banco y en los grandes gastos	1
	Incapaz de manejar dinero.	0
PUNTUACIÓN TOTAL		
NIVEL DE DEPENDENCIA		

PUNTUACIÓN NIVEL DE DEPENDENCIA

- 0-1 Total
- 2-3 Severa
- 4-5 Moderada
- 6-7 Ligera
- 8 Independencia/Sin dependencia

ANEXO 9. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ICTUS ECVI-38

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ICTUS ECVI-38
--

FOLIO

		EXTREMA	MUCHA	BASTANTE	POCA	NINGUNA	TOTAL
ESTADO FÍSICO ¿Cuánta dificultad tiene para?	Mover las extremidades	5	4	3	2	1	
	Utilizar las manos	5	4	3	2	1	
	Caminar	5	4	3	2	1	
	Mantener el equilibrio	5	4	3	2	1	
	Dolor o molestias físicas	5	4	3	2	1	
COMUNICACIÓN ¿Cuánta dificultad tiene para?	Hablar	5	4	3	2	1	
	Comunicarse con otras personas	5	4	3	2	1	
	Leer	5	4	3	2	1	
	Escribir	5	4	3	2	1	
COGNICIÓN ¿Cuánta dificultad tiene para?	Su concentración	5	4	3	2	1	
	Su memoria	5	4	3	2	1	
	Su capacidad mental	5	4	3	2	1	
		MUY MAL	MAL	REGULAR	BIEN	MUY BIEN	
EMOCIONES ¿Cómo se siente habitualmente con relación a?	Estado de animo	5	4	3	2	1	
	Vitalidad	5	4	3	2	1	
	Capacidad de mantener la calma	5	4	3	2	1	
	Control sobre sus emociones	5	4	3	2	1	
			NUNCA	MUY POCO TIEMPO	PARTE DEL TIEMPO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
SENTIMIENTOS ¿Con qué frecuencia tiene usted?	Ganas de vivir	5	4	3	2	1	
	Confianza en el futuro	5	4	3	2	1	
	Sensación de ser útil	5	4	3	2	1	
	Sensación de tranquilidad	5	4	3	2	1	
	Confianza en sí mismo	5	4	3	2	1	
			EXTREMA	MUCHA	BASTANTE	POCA	NINGUNA
ACVD ¿Cuánta dificultad tiene para?	Su cuidado personal	5	4	3	2	1	
	Bañarse	5	4	3	2	1	
		5	4	3	2	1	

	Realizar sus actividades domésticas acostumbradas	5	4	3	2	1	
	Moverse libremente dentro de la casa	EXTREMA	MUCHA	BASTANTE	POCA	NINGUNA	
ACVD ¿Cuánta dificultad tiene para?	Moverse a lugares distantes de la casa	5	4	3	2	1	
	Realizar sus actividades de entretenimiento y recreación	5	4	3	2	1	
	Participar en actividades fuera del marco familiar	5	4	3	2	1	
	Participar en actividades de la comunidad	5	4	3	2	1	
		EXTREMA	MUCHA	BASTANTE	POCA	NINGUNA	
FUNCIONES SOCIOFAMILIARES ¿Cuánta dificultad tiene para?	Tener independencia económica	5	4	3	2	1	
	Aportar económicamente a la familia como antes	5	4	3	2	1	
	Cumplir sus funciones en el hogar	5	4	3	2	1	
	Elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos	5	4	3	2	1	
	Participar en las decisiones familiares	5	4	3	2	1	
	Cumplir su papel como esposo/a	5	4	3	2	1	
	Mantener su actividad sexual	5	4	3	2	1	
	Mantener su actividad laboral	5	4	3	2	1	
TOTAL							
NIVEL DE CALIDAD DE VIDA							

Fuente: obtenido de Fernández et al.6

Máxima puntuación: 100 puntos.

Resultado percepción calidad de vida: menos del 25%: sin afectación; entre el 25-50%: afectación leve; entre el 50-75%: afectación moderada; igual o más del 75%: afectación grave.

ANEXO 10. CARTA DEL COMITÉ ACADÉMICO DE LA MAESTRÍA



Marzo 29, 2017.

FATIMA ENRIQUEZ BLANCO
ALUMNA DE LA MAESTRIA ES SALUD PÚBLICA
GENERACION 2016-2018
P R E S E N T E.-

Por este conducto le informamos que en sesión del Comité Académico de Salud Pública, celebrada el 27 de marzo del presente año, se registró y aprobó su protocolo de tesis denominado "NIVEL DE DEPENDENCIA Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR". Con clave GIX 03-2017.

Sin otro particular, reiteramos la seguridad de nuestra atenta y distinguida consideración.

"SIEMPRE AUTÓNOMA. POR MI PATRIA EDUCARÉ"

Integrantes del CA-MSP

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

Dra. Verónica Gallegos García

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

MSP. Ma. Guadalupe Guerrero Rosales

Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez

Dra. Claudia Inés Victoria Campos

Dr. Darío Gaytán Hernández

Dra. Paola Algara Suarez

FIRMA



☐ Análisis Posgrado
DRA YSIF/vpm

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. (444) 826 2300
Ext. Recepción 5010 y 5011
Administración 5063
Posgrado 5071
www.uaslp.mx

ANEXO 11. CARTA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA



EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN
INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN DE LA UASLP.

Título del proyecto: Nivel de dependencia y su relación con la calidad de vida en personas con accidente cerebrovascular.

Responsable: Fátima Enriquez Blanco.

Fecha: 28 de abril de 2017.

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el título del proyecto.	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2.	X			
4. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
5. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
6. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
7. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
8. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X			
9. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
10. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
11. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación. (Patente)			X	
12. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			



FACULTAD DE
ENFERMERÍA

Av. Niño Artillería 130
Zona Universitaria • CP 76240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tel. y fax (444) 826-2324 al 27 y
834-2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx



Dictamen:

Se otorga registro CEIFE-2017-213 y se solicita enviar un informe del avance del proyecto en un lapso de 6 meses al correo ceife.uaslp@gmail.com

Atentamente,



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



FACULTAD DE
ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tel. y fax (441) 826 2334 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx

ANEXO 12. CARTA DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL ISSSTE



COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL ISSSTE
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.
REG. COFEPRIS 12330153X0054



San Luis Potosí, a 15 de Octubre de 2017

PRESIDENTE

L.E. MARY CRUZ
LEIJA RODRÍGUEZ
MAAE

SECRETARIO TÉCNICO

L.E. JUAN MIGUEL
SÁNCHEZ ZAVALA
M.N.C.

VOCALES:

DRA. MARÍA EUGENIA
GARCÍA SEGURA

DR. VÍCTOR MANUEL
GARCÍA SAUCEDO

L.E. NASARIA
GONZALEZ REYES
MAAE

L.E. VIRGINIA DÍAZ
PATIÑO

L.E.O. DIANA DEL
CARMEN MUÑOZ
MARTÍNEZ

L.E. MARÍA YOLANDA
RODRÍGUEZ GARCÍA

DRA. YADIRA
ANGÉLICA CHÁVEZ
GONZÁLEZ M.S.P.

DR. EMMANUEL
RIVERA LÓPEZ
ESP. MED. INT. Y
END.

AVAL CIUDADANO
C. BLANCA PADRÓN
VILLANUEVA

ASUNTO	DICTÁMEN
REGISTRO INTERNO	17/2017

L.E. Fátima Enríquez Blanco

Presente

Por éste conducto le informo que el día 11 de Octubre de 2017 se realizó la reunión ordinaria del Comité de Investigación en el aula de enseñanza del Hospital General del ISSSTE, donde se realizó el dictamen de su protocolo de investigación denominado: "NIVEL DE DEPENDENCIA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ACCIDENTE CEREBROVACULAR". Y al realizar el análisis por los integrantes de la comisión evaluadora se dictaminó como: **ACEPTADO CON OBSERVACIONES MENORES PARA SU IMPLEMENTACIÓN**. Por lo que puede iniciar con la investigación según su cronograma de actividades, sin más que agregar a la presente me despido de usted.

Atentamente:

Presidente del Comité de Investigación

L.E. Mary Cruz Leija Rodríguez, MAAE

ANEXO 13. CARTA DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL ISSSTE



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
ISSSTE, SAN LUIS POTOSÍ
REG. COFEPRIS: EN TRÁMITE



SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P., A 16 DE OCTUBRE DE 2017

ASUNTO: DICTAMEN

REGISTRO INTERNO: 027/2017

PRESIDENTE
L. E. NASARIA
GONZÁLEZ REYES

SECRETARIA TÉCNICA
LEO DIANA DEL
CARMEN MUÑOZ
MARTÍNEZ

VOCALES:

L.E. VIRGINIA DÍAZ
PATIÑO

L.N. SOFÍA ESCAREÑO
BARRERA

L.E. JOSÉ LUIS GARCÍA
MENDOZA

DR. VÍCTOR MANUEL
GARCÍA SAUCEDO

DRA. MARIA EUGENIA
GARCÍA SEGURA

L. E. MARY CRUZ LEJIA
RODRÍGUEZ

DR. JUAN FRANCISCO
NEGRETE TOVAR

DR. EMMANUEL
RIVERA LÓPEZ

L. E. O. JUAN MIGUEL
SÁNCHEZ ZAVALA


L.E. FÁTIMA ENRIQUEZ BLANCO

PRESENTE

Por este conducto le informo que el día 16 de octubre del presente, posterior a la revisión en la reunión ordinaria del Comité de Investigación en el aula de enseñanza del Hospital General del ISSSTE, se realizó el dictamen de su protocolo de investigación de nominado: "Nivel de dependencia y su relación con la calidad de vida en personas con accidente cerebrovascular". Donde la comisión evaluadora lo dictaminó como: **ACEPTADO CON OBSERVACIONES MENORES**. Por lo que puede iniciar con la investigación según su cronograma de actividades.

Sin más por el momento, quedamos de Usted para cualquier aclaración. Sírvase a mostrar el presente oficio a las autoridades del centro de trabajo donde se realizará la presente investigación.

Atentamente,


L. E. NASARIA GONZÁLEZ REYES, M.A.A.E.
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

AVAL CIUDADANO:

C. MARÍA DEL CARMEN
FLORES GÓMEZ