



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA

NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL AL INICIO DE LA REHABILITACIÓN

EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN UN HOSPITAL

NACIONAL DE LIMA, 2018

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN TECNOLOGÍA

MÉDICA EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACION

Presentado por:

AUTOR:

COLQUI LEON, SUSAN ROSSANA

SORIA VIDAL, DANIELA KATHERINE

LIMA-PERU

2019

DEDICATORIA

A Dios por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres por ser nuestra fortaleza, nuestros guías y por el apoyo incondicional que nos brindan en todo momento de nuestras vidas.

A nuestra alma mater, docentes y seres queridos, por contribuir en el desarrollo de nuestro perfil profesional y personal.

AGRADECIMIENTO

Al Mg. Camacho Conchucos, Herminio Teófilo nuestro asesor de tesis por su esfuerzo, dedicación, sus conocimientos, persistencia y motivación y comentarios muy acertados en nuestra investigación.

Al Lic. Durán Alonzo, Juan Carlos por su apoyo en la parte estadística de nuestra investigación.

A los familiares y pacientes que participaron en nuestro estudio con la mejor disposición.

A todo el distinguido personal de la escuela de Tecnología Médica de nuestra alma mater por su excelente desempeño en sus funciones.

ASESOR

MG. CAMACHO CONCHUCOS, HERMINIO TEÓFILO

ÍNDICE

CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo general.....	5
1.4.2. Objetivos Específicos	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. BASE TEÓRICA.....	13
2.3. Terminología Básica.....	19
2.4. Hipótesis.....	20
2.5. Variables e indicadores	20
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	22
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	22
3.2. Población y muestra	22
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	23
3.4. Procedimiento de datos y análisis estadístico	25
3.5. Aspectos éticos.....	26
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
4.1. Resultados.....	27
4.2. Discusión.....	36
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
5.1. Conclusiones.....	38
5.2.Recomendaciones	39
ANEXOS	45
Anexo 1.....	46
Anexo 2.....	47
Anexo 3	50

ÍNDICE DE TABLA

TABLA N°1 NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN DIMENSIONES AL INICIO DE LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2018	28
TABLA N°1 ALIMENTACIÓN.....	51
TABLA N°2 DUCHARSE	51
TABLA N°3 VESTIDO.....	52
TABLA N°4 ARREGLO PERSONAL.....	52
TABLA N°5 DEPOSICIÓN	53
TABLA N°6 MICCIÓN	53
TABLA N°7 IR AL RETRETE	54
TABLA N°8 TRASLADO CAMA.....	54
TABLA N°9 DEAMBULACIÓN.....	55
TABLA N°10 SUBIR BAJAR ESCALERAS.....	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1 NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL INICIO DE LA REHABILITACIÓN EN LOS PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2018	27
GRÁFICO N°2 NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN GENERO AL INICIO DE LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2018	30
GRÁFICO N°3 NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN LA EDAD AL INICIO D E LA REHABILITACION EN LOS PACIETNTES POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, EN EL HOPSITAL D E LIMA, 2018	31
GRÁFICO N°4 NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN EL TIPO DE LESION AL INICIO DE LA REHABILITACION EN LOS PACIENTE POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2018	32
GRÁFICO N°5 NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN EL HEMICUERPO AFECTADO AL INICIO DE LA REHABILITACION EN LOS PACIENTE POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2018	33
GRÁFICO N°6 NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN EL TIEMPO DE LESION AL INICIO DE LA REHABILITACION EN LOS PACIENTE POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2018	34
GRÁFICO N°7 NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN LA LATERALIDAD AL INICIO DE LA REHABILITACION EN LOS PACIENTE POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2018.....	35

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital de lima ,2018. **Métodos:** Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal, para lo cual se elaboró una ficha de recolección de datos basados y el índice de Barthel para el análisis del nivel de independencia funcional en un inicio de la rehabilitación en relación a las actividades de la vida diaria en pacientes post accidente cerebro vascular.

Resultados: En la unidad muestral fueron: La dependencia leve 53,6%, dependencia moderada 14,3%.Las dimensiones que presentan mayor dependencia son traslado de cama/sillón, deambulacion, subir y bajar las escaleras. El 62,5% de la población era masculina y el 37,5% representaba a la población femenina; la dependencia moderada y grave presenta mayor porcentaje en 17,6% y 14,7% respectivamente en el rango de edades de 61-90 años; la dependencia leve en el tipo isquémico tiene mayor porcentaje con 55,8%; la dependencia leve y moderada tiene mayor porcentaje en el hemicuerpo afectado derecho con 54,5% y 21,2% respectivamente.

Conclusiones: el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en los pacientes post accidente cerebro vascular, predominante fue la dependencia leve, continuando la dependencia modera. Por ello, los datos obtenidos podrán brindar información fundamental y sirve como base para la realización de estudios posteriores en nuestro país.

Palabras claves: independencia funcional, ACV, índice de Barthel, lateralidad

ABSTRACT

Objective: To determine the level of functional independence at the beginning of rehabilitation in post-stroke patients in a hospital in Lima, 2018. **Methods:** A study was carried out with a quantitative, observational, descriptive, prospective cross-sectional approach, for which a data-based data collection form was elaborated and the Barthel index for the analysis of the functional independence level at the beginning of the rehabilitation. in relation to the activities of daily life in post stroke patients.

Results: In the sample unit were: The slight dependency 53.6%, moderate dependence 14.3%. The dimensions that present greater dependence are transfer of bed / armchair, ambulation, up and down the stairs. 62.5% of the population was male and 37.5% represented the female population; moderate and severe dependence presents a higher percentage in 17.6% and 14.7% respectively in the 61-90 year age range; the slight dependence in the ischemic type has a higher percentage with 55.8%; Mild and moderate dependence has a higher percentage in the affected right side with 54.5% and 21.2% respectively.

Conclusions: the level of functional independence at the beginning of rehabilitation in post stroke patients, predominantly, was mild dependence, continuing moderate dependence. Therefore, the data obtained can provide fundamental information and serves as a basis for further studies in our country.

KEYWORDS: functional independence, Patient with sequel of LCA, Barthel ind

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las causas más importantes de mortalidad y discapacidad en el Perú y a nivel mundial. Afecta a 15 millones de personas, de los cuales 5 millones mueren prematuramente y el resto presentan secuelas discapacitantes.¹

Esta lesión evoluciona con disfunciones y daños sensitivos y motores que generan efectos perjudiciales sobre la salud física y mental, afecta la independencia funcional y la interacción social y la participación en la comunidad.² Un aspecto a destacar es que el 63% de los eventos isquémicos y el 80% de los eventos hemorrágicos ocurren en países de ingresos medianos y bajos.³

El accidente cerebro vascular (ACV) es la segunda causa de muerte en los países de ingresos medios representando el 12,8% de mortalidad por todas las causas según la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁴

En el Perú se estima, que el 15% de las muertes prematuras son causadas por EVC. En el año 2011 Castañeda et al. Encontraron una mortalidad de 19,6% en 2225 pacientes con EVC hospitalizados entre los años 2000-2009 en un hospital público de lima, Perú.⁵ Dos años después, Hernández- Vásquez et al., reportaron 6444 muertes por EVC (67 muertes por 10 000 habitantes), de los cuales el 51 % fueron hombres con una edad promedio de 72 años.⁶

La valoración funcional del paciente post accidente cerebrovascular, permite obtener datos de mucha importancia, tanto en la morbilidad como en la calidad de vida del paciente, el impacto de esta patología es devastador en lo que se refiere a las consecuencias sociales que se derivan de él, como limitación funcional, dependencia física y costos económicos. Es la principal causa de deterioro

funcional, el 13% de las personas con dependencia causada por el ACV, un tercio de ellas, presenta un grado de dependencia moderada; el 50%, dependencia grave, y el 16%, dependencia absoluta.⁷

Desde la perspectiva de la rehabilitación, el ACV es un gran generador de discapacidad, tanto física como cognitiva. De la población que sufre ACV, del 15% al 30%, resulta con un deterioro funcional severo a largo plazo, lo que implica un alto grado de dependencia de terceros.⁸

Se calcula que más de mil millones de personas, es decir, un 15% de la población mundial, están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF (3,8%) personas mayores de 15 años, según la CI).⁹

Por todo lo indicado es fundamental determinar el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en los pacientes post accidente cerebro vascular. Con la finalidad de tener un punto de partida para las acciones de su tratamiento.

1.2. Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital Nacional de lima, 2018?

Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital de lima, 2018 según sus dimensiones?

¿Cuál es el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital de lima, 2018 según género y edad?

¿Cuál es el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital de lima, 2018 según el tipo de lesión?

¿Cuál es el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital de lima, 2018 según hemisferio afectado?

¿Cuál es el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital de lima, 2018 según el tiempo de lesión?

¿Cuál es el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital de lima, 2018 según la lateralidad afectada?

1.3. Justificación

Justificación teórica

Debido al reporte de la OMS (organización mundial de salud), el accidente cerebro vascular (ACV) se define como un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración. El ACV causa secuelas que tienen consecuencias en la dependencia funcional del individuo, así mismo tiene un impacto en la demanda de cuidados y una necesidad de institucionalidad con elevado gasto sanitario y social

para las instituciones, y un incremento de gasto económico en las familias de las personas afectadas, influye además en el bienestar de la persona, la familia y la comunidad. Por ello este estudio toma relevancia ya que al determinar el nivel de independencia funcional en actividades de la vida diaria en pacientes post accidente cerebro vascular, los datos obtenidos podrán brindar información fundamental y servir como base para la realización de estudios posteriores en nuestro país.

Justificación practica

El presente estudio nos permitirá conocer el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación de los pacientes post accidente cerebro vascular porque tiene gran importancia identificar sus dificultades en función a sus actividades de la vida diaria, ello implica la participación permanente tanto del paciente y de sus familiares junto al equipo profesional, para posteriormente encaminar una adecuada intervención en su patrón de movimiento. A la vez dicho estudio beneficiara a la población post accidente cerebro vascular para mejorar la atención en el servicio y poder en el tiempo valorar los cambios. Por ello es importante trabajar los ámbitos de la vida diaria como aspectos resaltantes en el aseo, vestido, alimentación, arreglo personal, traslado y deambulación ya que con esto el paciente aumentara su autoestima y evitara muchas patologías y/o disfunciones relacionada con su diagnóstico. Además, viendo resultados favorables, los motiva a continuar con su tratamiento.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital de lima ,2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de independencia funcional según las dimensiones al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular.
- Describir el nivel de independencia funcional según género y edad al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular.
- Describir el nivel de independencia funcional según el tipo de lesión al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular.
- Describir el nivel de independencia funcional según hemisferio afectado al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular.
- Describir el nivel de independencia funcional según el tiempo de lesión al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular.
- Describir el nivel de independencia funcional según la lateralidad afectada al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Dalmazzo R, Díaz A (2008), En su tesis titulada “valoración de los grados de dependencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular y su relación con el nivel de inmovilidad, del servicio de geriatría del hospital doctor Lautaro navarro a varia de la ciudad de punta arenas” en chile. Su objetivo principal fue determinar la relación que existe entre los grados de dependencia funcional y los grados de inmovilidad en pacientes adulto mayores que han cursado con un ACV y se encuentren hospitalizados en el servicio ,se realizó una revisión de 49 fichas de las cuales 14 cumplieron los criterios a los cuales se les aplico la escala de Barthel para el grado de dependencia funcional y otra escala para el grado de inmovilidad ,en conclusión con la relación al grado de dependencia funcional un 50%de los pacientes corresponden al rango de dependencia funcional total ,respecto al grado de inmovilidad el 21.43% corresponde a un grado de movilidad independiente.¹⁰

Arias S, Tapia D. (2010), en su investigación “caracterización de pacientes secueledos de accidente cerebro vascular del Hospital Padre Hurtado” Tuvo como objetivo determinar las características y el grado de discapacidad de una población de pacientes con accidente cerebro vascular atendidos en el Hospital Padre Hurtado. Su estudio fue de tipo retrospectivo y descriptivo para caracterizar a 226 pacientes secueledos de accidente cerebro vascular, entre enero del 2008 y diciembre 2009, en el cual revisaron fichas clínicas y kinesiológicas de pacientes ingresados al gimnasio terapéutico para neuro rehabilitación ambulatoria de las cuales obtuvieron como datos las características y el grado de discapacidad con el

índice de Barthel al ingreso. De los cuales 90 de 226 individuos presentaron dependencia leve. Concluyeron que el accidente cerebrovascular isquémico es el más prevalente, el grupo etario es (55- 65 años), la hipertensión arterial es el factor de riesgo más común, la discapacidad que predomina en su población es leve y moderada según el índice de Barthel, las edades más tempranas los casos corresponden en su mayoría a las mujeres.¹¹

Buide M (2012), En su trabajo de investigación titulado "Grado de eficacia del tratamiento Kinésico frente a las AVD en pacientes con hemiplejía post ACV en esta investigación, en Argentina, se desarrolló un trabajo de campo realizado en el instituto de rehabilitación I.R.E.L. de la ciudad de Bahía Blanca y consistió en medir la eficacia del tratamiento kinésico en pacientes hemipléjicos post ACV, frente a las actividades de la vida diaria, con una evolución de un año de tratamiento. Se observaron 70 historias clínicas seleccionadas de forma aleatoria de pacientes que sufrieron enfermedades cerebrovasculares. Su conclusión fue: Al inicio de la muestra el 9% de los pacientes son dependientes totales y un 47% presenta una dependencia leve. Pasado el primer semestre de tratamiento, el 2º Barthel muestra que la diferencia de los dependientes totales disminuyó en un 6%, mientras que para el nivel de dependientes leves la evolución fue de un 56%. Llegado al año de rehabilitación, se observan resultados positivos en cuanto al tratamiento ya que el 17% de la población llegó a su independencia. En cuanto a la evolución general se puede observar que el 59% de los pacientes progresó positivamente después de un año de rehabilitación, frente a un 27% que se mantuvo y un 4% de muestra que involucionó dado que en el transcurso del tratamiento sufrieron otro ataque cerebral

Govantes Y, Bravo T (2014), Realizo un estudio titulado “Estado funcional en pacientes con ictus isquémico hospital “Julio Díaz Gonzales” en la Habana, Cuba. El objetivo fue evaluar el estado funcional en pacientes con ictus isquémico antes y después de recibir tratamiento neurorehabilitador. Se realizó un estudio explicativo, cuasi experimental y prospectivo de corte longitudinal en pacientes hospitalizados en el servicio de lesiones cerebrales, comprendido de enero-octubre en el cual se investigaron a 75 pacientes, se aplicó el índice de Barthel y la escala de Rankin (mRS)modificada al inicio y al final de realizar el tratamiento neurorehabilitador protocolizado en el centro durante 3 meses para comparar los resultados, prevaleció la discapacidad neurológica moderada a grave al inicio del tratamiento y al final la mayoría mostraba discapacidad leve o muy leve, previo al tratamiento la mayor parte de los casos presentaba dependencia total y severa por el índice de Barthel y al final la mayoría era dependencia leve o independiente. Concluyen que la rehabilitación neurológica precoz mejora la discapacidad neurológica y la dependencia en las actividades de la vida diaria de los pacientes con ictus.¹³

Carrera M, González C. (2016), En su tesis titulada “Valorar la independencia funcional con la escala FIM en los pacientes con accidente cerebrovascular en el área de rehabilitación del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Junio – noviembre.” Tuvo como objetivo Valorar la independencia funcional con la escala FIM en los pacientes con accidente cerebrovascular. Es un estudio cuantitativo, transversal, observacional y de tipo descriptivo. Se evaluó a 61 pacientes ambulatorios con diagnóstico de accidente cerebro vascular, en cual se aplicó la escala Medida de Independencia Funcional (FIM. Los resultados: presentó mayor frecuencia el rango de edades de 71–80 años y de 81- 90 años, con el 23,0%, el

género más afectado fue el femenino con el 60.7%; el tipo de ACV más frecuente fue el isquémico con el 65.6%. La de la dependencia física, reveló que 60.7% de pacientes se encuentra afectado la parte motora, dando como resultado el 29.5% con un nivel de independencia funcional moderada, seguido de 21.3% de pacientes que necesitan supervisión para realizar sus actividades de la vida diaria. Su conclusión fue: En el estudio demostró que el ACV afecta la funcionalidad del paciente y por lo tanto su calidad de vida. Esto hace importante la evaluación objetiva de cada paciente.¹⁴

Antecedentes nacionales

López J, Requena F (2015), La tesis titulada “Nivel de dependencia funcional en actividades de la vida diaria en personas con accidente cerebro vascular isquémico en un instituto de rehabilitación”. El objetivo fue determinar el nivel de dependencia funcional en actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebro vascular, para este estudio de tipo retrospectivo descriptivo simple, el diseño se contextualizo como un estudio sin intervención, no experimental de cohorte transversal, para lo cual se elaboró una ficha de recolección de datos basados en los diez dimensiones del índice de Barthel para el análisis del nivel de dependencia funcional en base a 70 historias clínicas. Como resultados se encontró dependencia severa 50% y moderada 37.1% caracteriza a la muestra en su primera consulta médica, con bajos porcentajes de dependencia total 5.7% y leve 7.1%. Se concluye que el nivel de dependencia funcional en actividades de la vida diaria, el 50% de la muestra presenta dependencia severa, el 37% presenta dependencia moderada y ninguno es independiente.¹⁵

Meza G. (2016), En su tesis titulada “Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden al

centro al centro de atención al adulto mayor en Villa María del Triunfo. Su objetivo fue determinar la capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor. Su método fue un estudio de tipo cuantitativo y método descriptivo, de corte transversal, según el periodo de estudio. La técnica fue la entrevista y como instrumentos se utilizó el índice de Barthel para actividades básicas y el de Lawton y Brody para actividades instrumentales. Los resultados, la capacidad funcional de los adultos mayores es la dependencia leve con 57% para las básicas y 77% para las instrumentales. En las actividades básicas según edad, el más dependiente con 68.7% es el subgrupo de 80 a más años; el más dependiente con 78.4% es el sexo femenino. La actividad básica que demanda mayor dependencia es la micción con 48.6%, y la de menor, es la defecación con 98.6%. En conclusión, la población de estudio predomina la dependencia leve y se encuentra mayor grado de dependencia en adultos mayores de más edad y en las de sexo femenino. Según la actividad básica que demanda mayor dependencia en ambos sexos y en todas las edades es la micción y, la de menor dependencia es la defecación.¹⁶

Gonzales F. (2017). Presento la tesis titulada “Relación de los factores pronósticos con el compromiso de la función motora en pacientes post accidente cerebro vascular, en el departamento de medicina física y rehabilitación del hospital Hipólito Unanue”. El objetivo fue determinar la relación de los factores pronósticos con el compromiso de la función motora en pacientes post accidente cerebro vascular (ACV). Estudio de tipo observacional, descriptivo- correlacional. Y de corte transversal. La muestra estudiada estuvo conformada por 50 pacientes post ACV en estadio crónico, durante el periodo noviembre-diciembre. Los factores pronósticos fueron recolectados mediante la revisión de historias clínicas y la

función motora fue medida mediante la Subescala motora de Fugl Meyer. Para relacionar los factores pronósticos (tipo de ACV, hemisferio afectado, edad y sexo) con el compromiso de la función motora (leve, moderada, severa, muy severa). Como resultados en el estudio, el 54% de la muestra presento compromiso motor moderado, el 26% presento compromiso motor leve, el 20% compromiso motor severo y ningún paciente obtuvo un compromiso motor muy severo. Se concluyó que existe relación entre los factores pronósticos y el compromiso de la función motora. Siendo el tipo de ACV hemorrágico y el hemisferio izquierdo los factores más frecuentes en el compromiso motor severo. También se concluye que los pacientes de 76-90 años con tipo de ACV isquémico presentan mayor compromiso motor severo.¹⁷

López J y Requena F (2018). En su tesis “Nivel de reserva cognitiva y dependencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico de un hospital nacional, lima” (2018). Tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de reserva cognitiva y el nivel de dependencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico de un hospital nacional, lima 2017. Su método fue de enfoque cualitativo, un estudio no experimental, de tipo correlacional, corte transversal. Su población estuvo constituida por 150 pacientes que ingresaron al programa de terapia física durante el periodo de enero a junio de ambos sexos entre las edades de 35 a 82 años del 2017. Consto de un tipo de muestreo por conveniencia a 70 pacientes nuevos del programa. Se utilizó un cuestionario de reserva cognitiva; estructurado en actividades cognitivas, actividades físicas y los años de estudio y el índice de Barthel (IB) es una medida genérica para valorar el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas

actividades básicas de la vida diaria (AVD). En los resultados afirmaron que se existe relación entre el Nivel de reserva cognitiva y el Nivel de dependencia funcional en pacientes con Accidente con una significancia de $p < 0,05$. Concluyeron que existe una correlación moderada entre las actividades cognitivas y el nivel de dependencia funcional, como también en años de estudio y nivel de dependencia funcional.¹⁸

Ortiz O , Santos K (2018) en su investigación titulada “logro de la independencia funcional en los pacientes con accidente cerebro vascular tipo hemipléjicos post tratamiento fisioterapéutico en un hospital de rehabilitación de lima ,periodo enero a junio del 2017” tuvo con objetivo evaluar el logro de la independencia funcional post tratamiento fisioterapéutico en pacientes con ACV de tipo hemipléjico, participaron 618 pacientes con ACV pero la muestra fue de 72 pacientes obtenido por un muestreo probabilístico aleatorio ,el enfoque del estudio es cuantitativo de diseño no experimental, descriptivo de corte longitudinal y de tipo retrospectivo .El instrumento que utilizaron fue el índice de Barthel. Concluyen que todos los pacientes pasaron de un grado de dependencia total a un grado de dependencia moderada y leve.¹⁹

2.2. BASE TEÓRICA

Accidente cerebro vascular

El accidente cerebrovascular ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe repentinamente o cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe, derramando sangre en los espacios que rodean a las células cerebrales. De la misma forma que se dice que una persona que sufre una pérdida de flujo sanguíneo al corazón tiene un ataque cardíaco, puede decirse que una persona con una pérdida de flujo sanguíneo al cerebro o una hemorragia repentina en el cerebro tiene un "ataque cerebral" o sufre un accidente cerebrovascular.²⁰

El accidente cerebrovascular (ACV) o ictus cerebral se define como cualquier enfermedad del encéfalo, focal o difusa, transitoria o permanente, provocada por una alteración de la circulación cerebral. Esta alteración puede deberse a un proceso patológico que afecte a los vasos sanguíneos o bien a un trastorno de la sangre circulante.

Stokes M. en su libro "Fisioterapia en la Rehabilitación Neurológica" del año 2006, indica que según la naturaleza de la lesión, el ACV puede ser básicamente de dos tipos: isquémica y hemorrágica. En la hemorrágica intracraneal provoca la ruptura de un vaso sanguíneo y en la isquémica se produce una importante disminución del flujo sanguíneo cerebral, generalmente de forma focal, en ambos casos se provoca la destrucción o necrosis tisular por daño neuronal irreversible (las células mueren al no recibir oxígeno ni nutrientes de la sangre) .²⁰

Según la Organización mundial de la salud (OMS) los accidentes cerebrovasculares suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. El síntoma más común

del accidente cerebrovascular es la pérdida súbita, generalmente unilateral, de fuerza muscular en los brazos, piernas o cara. Otros síntomas consisten en: la aparición súbita, generalmente unilateral, de entumecimiento en la cara, piernas o brazos; confusión, dificultad para hablar o comprender lo que se dice; problemas visuales en uno o ambos ojos; dificultad para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación; dolor de cabeza intenso de causa desconocida; y debilidad o pérdida de conciencia.²¹

Clasificación del accidente cerebro vascular

Según su naturaleza, el accidente cerebro vascular puede presentar como isquemia o hemorragia, con una proporción de 85 % y 15% respectivamente.

Según su duración el proceso isquémico focal se presentara como accidente cerebro transitorio (AIT) o como infarto cerebral, en función de que el déficit isquémico revierta o no antes de 24 horas.²²

El accidente cerebro vascular isquémico

El ACV isquémico o infarto cerebral se produce cuando la isquemia cerebral es prolongada en el tiempo como para producir un área de necrosis tisular. Se considera como tal cuando el déficit neurológico tiene una duración superior a 24 horas.²³⁻²⁴

Existen varios tipos de infarto cerebral según sea su mecanismo de producción:²⁵

Trombótico: se presenta una estenosis u oclusión de una arteria cerebral intra o extracraneal. El infarto trombótico ocurre cuando un trombo crece sobre una placa aterosclerótica u otra lesión vascular. En otras circunstancias puede ser precipitado por un estado de hipercoagulación.

Embolo: El infarto embólico se debe a la oclusión de una arteria por un embolo distal a un punto donde exista un adecuado flujo colateral. El embolo se origina proximalmente; puede ser arterio-arterial, cardiaco o paradójico.

Hemodinámico: el infarto ocurre cuando la perfusión global está disminuida debido a una hipotensión arterial y flujo compensatorio colateral es insuficiente. Según el infarto subyacente el infarto ha sido considerado como aterotrombótico, cardioembólico o lacunar.²²

Accidente cerebro vascular hemorrágico

La hemorragia cerebral primaria es más frecuente que la hemorragia subaracnoidea. El paciente suele ser hipertenso, situación que origina un tipo particular de degeneración, denominado lipohialinosis o fibrohialinosis, que deriva en sus lesiones necróticas en las arterias penetrantes pequeñas del cerebro. La pared arterial se debilita, queda sustituida por colágeno, su grosor aumenta y la luz se estrecha, y se cree que aparecen micro aneurismas. Estas estructuras pueden reventar y ocasionar un infarto lagunar o pequeñas hemorragias profundas. Existe el riesgo de que el hematoma resultante se expanda mediante la disección por los planos de la sustancia blanca hasta formar una lesión generalizada. Los hematomas suelen darse en las partes más profundas del cerebro, afectando con frecuencia al tálamo, el núcleo lentiforme y la capsula externa y menos veces al cerebelo y la protuberancia. Si la hemorragia se extiende hacia el sistema ventricular, a menudo provoca la muerte con rapidez.²⁰

Hemorragia subaracnoidea

Es la presencia de la hemorragia en el espacio subaracnoideo, derivada de la rotura de un aneurisma situado en el polígono de Willis o en su proximidad. Se considera que el 50% de los casos existe de perder la conciencia y más o menos el 15% moriría en un par de horas antes de cualquier intervención médica. Desde el principio puede resultar evidente la hemiplejia si la sangre se vierte a las porciones profundas del cerebro, y pueden aparecer otros signos neurológicos focales durante la primera las dos primeras semanas porque los vasos sanguíneos, en su recorrido a través del espacio subaracnoideo ensangrentado, tienen una tendencia a sufrir espasmo, que da origen a una lesión cerebral.²⁰

Población de riesgo para el ictus

El análisis de los estudios epidemiológicos señala que la posibilidad de padecer un ictus aumenta con la edad. El factor de riesgo más importante es la hipertensión tanto sistólica (>160 mmHg) como diastólica (>95 mmHg).

Otros factores de riesgos importantes son las cardiopatías isquémicas, la elevación del colesterol sanguíneo, la diabetes mellitus, una alimentación rica en sal y el tabaco, que es un factor de riesgo independiente con una influencia sustancial. Los anticonceptivos orales que contienen estrógenos también aumentan el riesgo de ictus.

La vía final común para todos estos factores de riesgo es la artropatía propia del arterioesclerosis, una enfermedad de las arterias de tamaño mediano o grande, caracterizada por un depósito de colesterol y de otras sustancias en la pared arterial. La pared irregular del vaso provoca la formación de coágulos en la luz de la arteria, que puede ocluir el vaso por completo o desprenderse para formar

émbolos. Por tanto, la hipertensión y otros factores de riesgo predisponen al ictus isquémico, pero habrá que recordar que la causa más habitual del hematoma cerebral también es la hipertensión. ²⁰

Según la Organización Mundial de la Salud (2002), afirman que se entiende comúnmente como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás. ²⁴

Independencia funcional

Según Bermejo F., Porta J., Diaz J. Martínez P. (2008) la independencia funcional mide entre varias escalas, en este caso el Índice de Barthel es una de las más completas, y a nuestro entender, la más extendida, de las escalas que valoran la independencia en las actividades de la vida diaria. Es útil en la evaluación en inicios y largo plazo, evolución del paciente con ictus; válida, fiable, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y de aplicar, e incluso con buena correlación con escalas parecidas. Es una de las escalas recomendadas por la Sociedad Española de Neurología en la evaluación del paciente con ACV.²³

Dependencia Funcional

El déficit funcional o impedimento funcional consiste en la reducción de la capacidad funcional física o mental que no tiene por qué ocasionar consecuencias adversas; la incapacidad funcional hace referencia a una disminución o una desventaja funcional, generando la necesidad a la persona a ser asistida por otros o utilizar ayudas externas para poder realizar una función determinada. ²³

Fisioterapia del ictus

El proceso de fisioterapia pretende potenciar al máximo la capacidad funcional y prevenir las complicaciones secundarias para permitir al paciente reanudar todas las facetas de la vida dentro de su propio ambiente. Cada etapa supone integrar los puntos de vista y los objetivos del paciente con los fisioterapeutas y el equipo multidisciplinario.²¹

Rehabilitación tras un accidente cerebro vascular

La rehabilitación es un proceso limitado en el tiempo, cuyo objetivo es prevenir complicaciones y reducir el déficit neurológico a con el fin conseguir la máxima capacidad funcional posible para facilitar la autonomía personal y la reintegración familiar y socio laboral. La rehabilitación ha de iniciarse de forma precoz y coordinada y mantenerse durante las diferentes fases de la atención sanitaria.²⁴

Es un proceso complejo, orientado por objetivos y limitado en el tiempo. Tratando de conseguir una situación funcional, familiar y social, lo más próximo a lo que tenía el paciente previo al ACV. De tal forma las medidas que se decidan realizar en cada paciente con ACV deben estructurarse en un programa de rehabilitación específico o individualizado.²⁵

Factores modificables que influyen en el proceso de rehabilitación tras el ictus

El objetivo de la neurorehabilitación es mejorar la discapacidad de los pacientes para que puedan reintegrarse, y en las mejores condiciones, a su vida personal, laboral y social. Hay una serie de factores modificables que incluyen decisivamente en la recuperación funcional de los pacientes que han sufrido un ictus, entre los que

destacan: tiempo de inicio de la rehabilitación, duración e intensidad del tratamiento y lugar donde se recibe. ²⁶

El tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento.

La rehabilitación como uno de los principales factores para recuperación funcional tras el ictus, el cual uno de los mayores retos es incluir a los programas de rehabilitación en el momento adecuado. El retraso en el inicio del tratamiento se asocia con una disminución en la reorganización cortical y una reeducación en alcanzar una recuperación funcional. ²⁷⁻²⁸

2.3. Terminología Básica

Accidente cerebro vascular: La American Stroke Association (ASA). define el accidente cerebro vascular (ACV) como “una patología cardiovascular que afecta a los vasos sanguíneos cerebrales. Se puede producir por dos mecanismos, obstrucción o ruptura de un vaso. Cuando esto ocurre, el aporte de oxígeno al cerebro disminuye, con la consiguiente muerte del territorio afectado. La obstrucción del vaso cerebral, por un trombo o un émbolo, provocará una ACV de origen isquémico, siendo este el tipo más común (70-80%), por otro lado, la ruptura vascular causará los ACV hemorrágicos”. ³⁰

Actividades de la vida diaria: Querejeta define (AVD) como aquella que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales les permiten vivir de forma autónoma, integrada en su forma habitual y cumpliendo su rol social.³¹

Funcional: se comprende como aquel elemento que permite identificar el grado de dependencia que puede desarrollar un individuo, a partir de las actividades de la vida diaria y de la de-ambulación. ³²

Actividad: es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

Lateralidad: La lateralidad corporal es la preferencia en razón del uso más frecuente y efectivo de una mitad lateral del cuerpo frente a la otra. Es la preferencia que muestran la mayoría de los seres humanos por un lado de su propio cuerpo. Se denomina lateralidad a una actividad o a una función particular que ocurre más frecuentemente a un lado del cuerpo que en el otro y/o que tiene una representación en un hemisferio cerebral o en el otro. Diferenciación de cada uno de los lados corporales.

Hemicuerpo: es la mitad del cuerpo afectado por el daño que se ocasiona en uno de los hemisferios cerebrales. ²

2.4. Hipótesis

No existe hipótesis para esta investigación porque el presente trabajo es de tipo descriptivo.

2.5. Variables e indicadores

Variable principal

Nivel de independencia

Variables intervinientes

- ✓ Accidente cerebro vascular
- ✓ Tipo lesión:
 - Hemorrágico
 - Isquémico
- ✓ Edad
- ✓ Genero
- ✓ Hemicuerpo afectado
- ✓ Lateralidad
- ✓ Tiempo de lesión

VARIABLE	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	valoración
Nivel de independencia	Capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.	Alimentación Bañarse Vestido Arreglo personal Deposición Micción Ir al retrete Traslado cama/sillón Deambulación Subir y bajar escaleras	0.5 0.5,10 0,5,10 0,5 0,5,10 0,5,10 0,5,10 0,5,10,15 0,5,10,15 0,5,10	Dependencia total :Menor a 20 dependencia grave :20-35 dependencia moderada :40-55 dependencia leve : mayor o igual a 60 Independiente 100
Paciente post Accidente cerebro vascular	Un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración.	Tipo de lesión	Isquémico Hemorrágico	
Características sociodemográficas	Número de años cumplidos según la fecha de nacimiento	Edad	20-40 años 41-60 años 61 a 90 años	Ficha de recolección de datos
	Refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer	Genero	Masculino Femenino	
Características clínicas	Uso predominante de los miembros que comportan el lado izquierdo y derecho del cuerpo.	Hemicuerpo afectado	Derecho Izquierdo	
	Tiempo en meses desde que se presentó la enfermedad o alteración	Tiempo de lesión	1-3 meses 4-7 meses 8-12 meses	
	Lado dominante afectado del individuo para realizar sus actividades o tarea.	Lateralidad afectada	SI NO	

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación

Según el tipo es un estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal, donde se describirán los niveles de independencia funcional en un inicio de la rehabilitación en relación a las actividades de la vida diaria en pacientes post accidente cerebro vascular.

3.2. Población y muestra

Población:

Pacientes post accidente cerebro vascular que iniciaron su rehabilitación en el Hospital de Lima en el periodo de julio a octubre de 2018. El cual estuvo constituido por 75 pacientes.

Muestra:

Todos los pacientes pos accidente cerebro vascular que iniciaron su rehabilitación en un hospital nacional en el periodo de julio a octubre del 2018, según criterios de inclusión y exclusión, estuvo conformada por 56 pacientes. Muestra poblacional.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes post accidente cerebro vascular mayores de 20 años.
- Pacientes post accidente cerebro vascular con el diagnostico brindado por un médico neurólogo o fisiatra.
- Pacientes post accidente cerebro vascular que presenten su primer episodio de lesión.

- Pacientes con post accidente cerebro vascular que aceptan formar parte del estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con post accidente cerebro vascular con Hemiplejia bilateral.
- Pacientes con lesiones del sistema nervioso periférico, prótesis o material de osteosíntesis.
- Pacientes post accidente cerebro vascular que presenten otra enfermedad neuromotora.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En esta investigación se utilizará como técnica la encuesta en forma de entrevista. Para las variables edad, género, lateralidad, hemicuerpo, tipo y tiempo de lesión se utilizará una ficha de recolección de datos elaborada por las investigadoras y para la variable de independencia funcional se utilizará el cuestionario del índice de Barthel.

Cuestionario de índice de Barthel

La publicación del índice de Barthel (1965) aunque se llevaba usando en hospitales de enfermedades crónicas de los estados de Maryland, 1955 (EE. UU) e inicialmente fue aplicado a pacientes con enfermedades neurológicas y musculo esqueléticas. Has sido muy utilizad en pacientes en geriatría, en rehabilitación, neurología y en la evaluación de pacientes tras sufrir un ictus. Desde su publicación en español (Baztán et al ,1994), se ha utilizado en España y en diversos medios geriátricos y neurológicos.²³

El Índice de Barthel ha sido validado en América - Latinoamérica y utilizado en diversos países, tales como, Chile, Estados Unidos, Colombia, España y en nuestro país.¹⁹

Es una medida genérica de valorar el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.³⁴

Los estudios en relación a su fiabilidad, presenta una buena fiabilidad interobservador con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Respecto a su fiabilidad intraobservador se obtuvieron un índice de Kappa entre 0,84 y 0,97. En su versión original se observa un alfa de Cron-Bach de 0,86-0,92 en la versión original, lo cual le da un alto grado de fiabilidad y validez.³⁵⁻³⁶

Contiene 10 ítems a valorar que incluyen ocho grupos de actividades (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, transferencias del cuerpo, deambulación y dificultad para subir y bajar escaleras) y dos funciones corporales (deposición y micción). Cada ítem puntúa 0, 5 o 10 puntos en función del desempeño de la persona valorada. La escala varía entre cero puntos (dependencia máxima) y 100 puntos (independencia). Un valor en la puntuación por debajo de 60 indica que la persona necesita supervisión o ayuda. Una puntuación de 35 o menor indica que hay incapacidad funcional importante.³⁷

3.4. Procedimiento de datos y análisis estadístico

- El proceso de recolección de datos se iniciará solicitando permiso para realizar la recolección de datos a través de una solicitud dirigido al jefe del departamento de medicina física y rehabilitación del hospital nacional de lima.
- Se informará a los pacientes y familiares sobre el estudio en el servicio de lesiones centrales.
- Los pacientes que accedan ser parte del estudio se les entregaran el consentimiento informado.
- Se procederá a la recolección de los datos generales mediante una entrevista a cada paciente o familiar.
- Luego se aplicara el instrumento, índice de barthel para evaluar el nivel de independencia funcional en función a sus actividades de la vida diaria mediante una entrevista.
- Obtenidas la información de recolección de datos serán archivados para su análisis posterior.

PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Obtenida la información se elaborará una base de datos con las variables de estudio. Se aplicará una estadística descriptiva para ver la distribución de la muestra; sexo y edad, tipo de lesión en frecuencias y porcentaje.

Independencia funcional se presentará en porcentaje en sus diferentes de niveles.

El procesamiento y análisis de datos, se utilizó el software estadístico IBM SPSS estadística versión 23. En el programa de Excel se realizó gráficos y tablas descriptivas para obtener resultados de la evaluación y relacionar las variables para la presentación resumida de los datos según los objetivos planteados.

3.5. Aspectos éticos

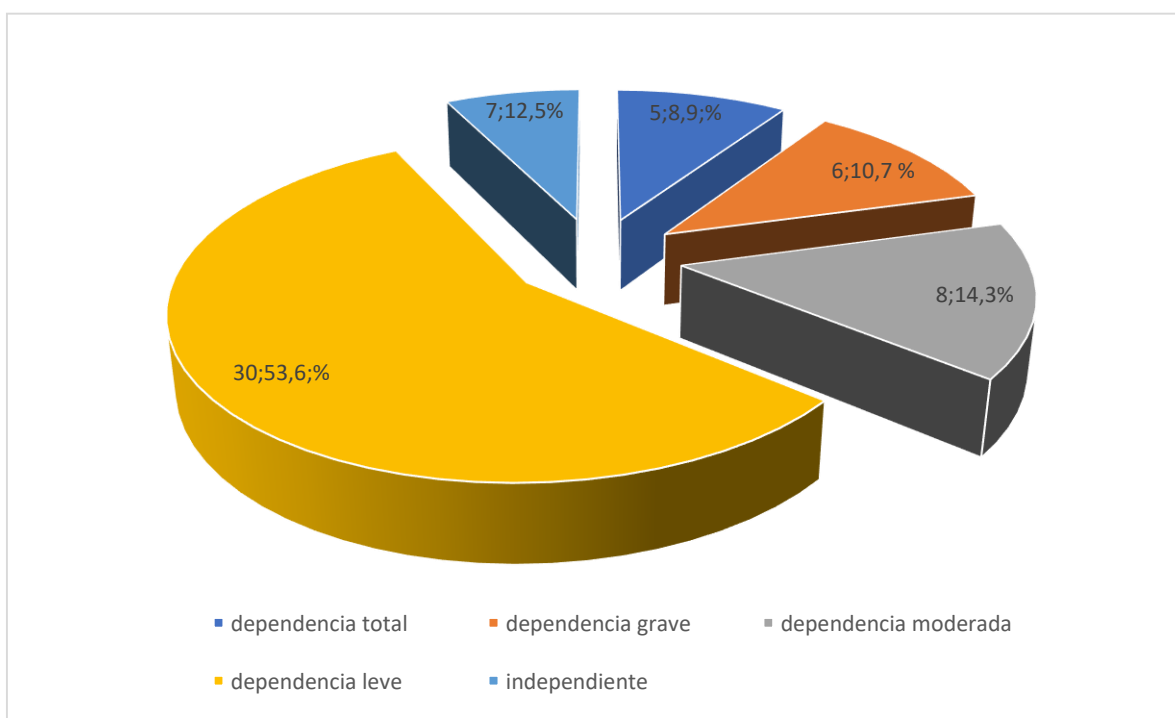
En esta investigación se respeta los valores éticos establecidos por los principios bioéticos universales, considerado brindar a cada paciente la información resguardada con absoluta reserva en cuanto a los nombres de los pacientes y la confidencialidad. Por ello no realizó ninguna intervención procedimiento que peligre la integridad del paciente. Los datos obtenidos en este trabajo serán de uso exclusivo para la investigación; adicionalmente para la obtención de datos se pidió la autorización mediante un consentimiento informado para que los pacientes bajo libre decisión puedan aceptar o no su inclusión en el estudio, la misma que detalla la información necesaria. Realizamos la confidencia de los datos con suma discreción y con fines de investigación.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

De un total de 56 pacientes con diagnóstico post accidente cerebro vascular que iniciaron su rehabilitación. Se encontró que el 62,5% de la población era masculina y el 37,5% representaba a la población femenina. Las edades estuvieron de los pacientes comprendidas entre el rango de 22 a 90 años.

GRÁFICO N°1 NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL AL INICIO DE LA REHABILITACIÓN EN LOS PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR



Fuente: Elaboración propia

Del gráfico N° 1: El mayor porcentaje presenta nivel de dependencia leve con 53,6% seguido la dependencia moderada con un 14,3%.

TABLA N°1 NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN DIMENSIONES AL INICIO DE LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

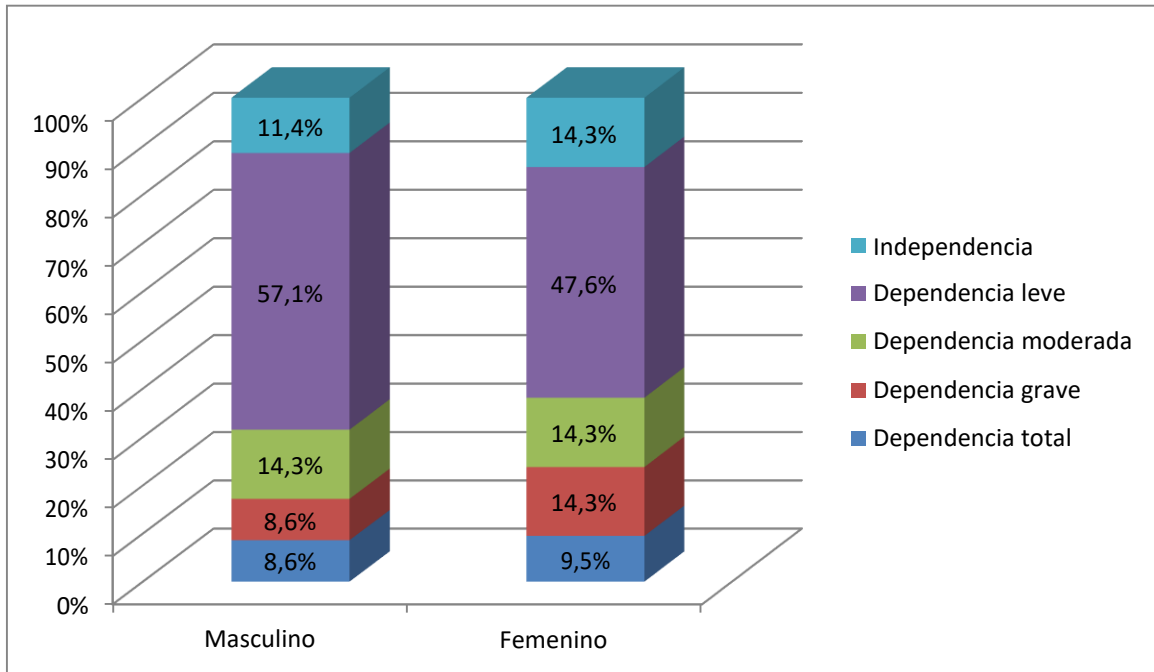
Dimensiones	N°	%
Alimentación		
Dependiente	5	8,9
Necesita ayuda	32	57,1
Independiente	19	33,9
Ducharse		
Dependiente	33	58,9
independiente	23	41,1
Vestido		
Dependiente	5	8,9
Necesita ayuda	33	58,9
independiente	18	32,1
Arreglo personal		
Dependiente	19	33,9
independiente	37	66,1
Deposición		
Incontinente	5	8,9
Accidente ocasional	15	26,8
Continente	36	64,3
Micción		
Incontinente	5	8,9
accidente ocasional	16	28,6
continente	35	62,5
Ir retrete		
Dependiente	9	16,1
Necesita ayuda	19	33,9
independiente	28	50,0
Traslado de cama / sillón		
Dependiente	1	1,8

gran ayuda	13	23,2
mínima ayuda	27	48,2
independiente	15	26,8
Deambulaci3n		
Dependiente	11	19,6
Independiente en silla de ruedas	2	3,6
Necesita ayuda	32	57,1
Independiente para andar	11	19,6
subir y bajar escaleras		
dependiente	14	25,
necesita ayuda	32	57,1
independiente	10	17,9

Fuente: Elaboraci3n propia

En la Tabla N° 1: Encontramos segun sus dimensiones: El vestido 67,8%; traslado de la cama al sill3n 73,2%; deambulaci3n en 80,1% y subir y bajar escaleras el 82,1% presentan el mayor porcentaje de dependencia en la relaci3n a las otras dimensiones.

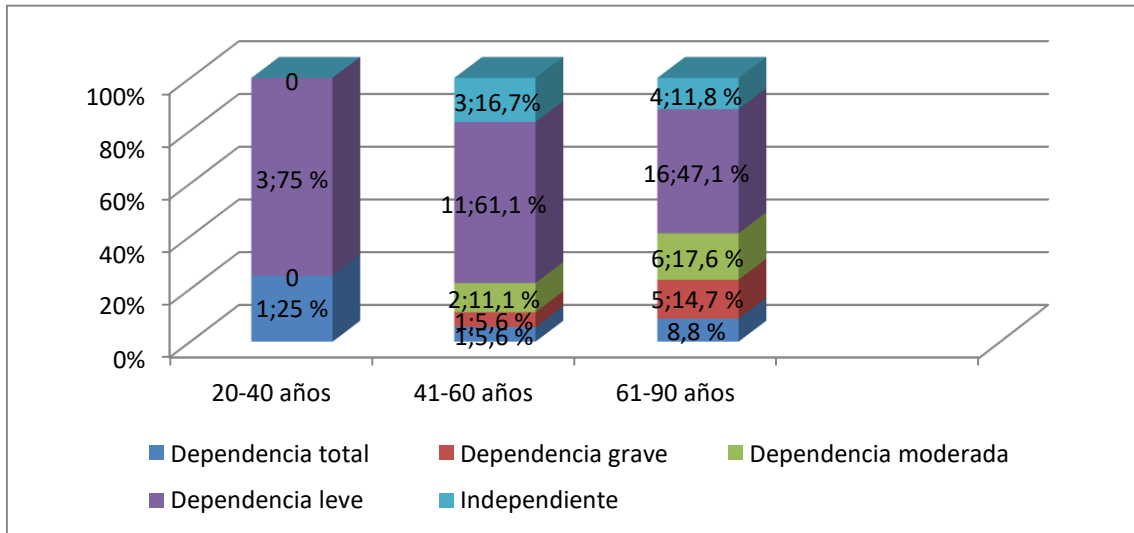
GRÁFICO N°2 NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN GENERO AL INICIO DE LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.



Fuente: Elaboración propia

Se observa del gráfico: El mayor porcentaje de dependencia leve es para el género masculino con 57,1% y la dependencia grave para el género femenino con 14,3 %.

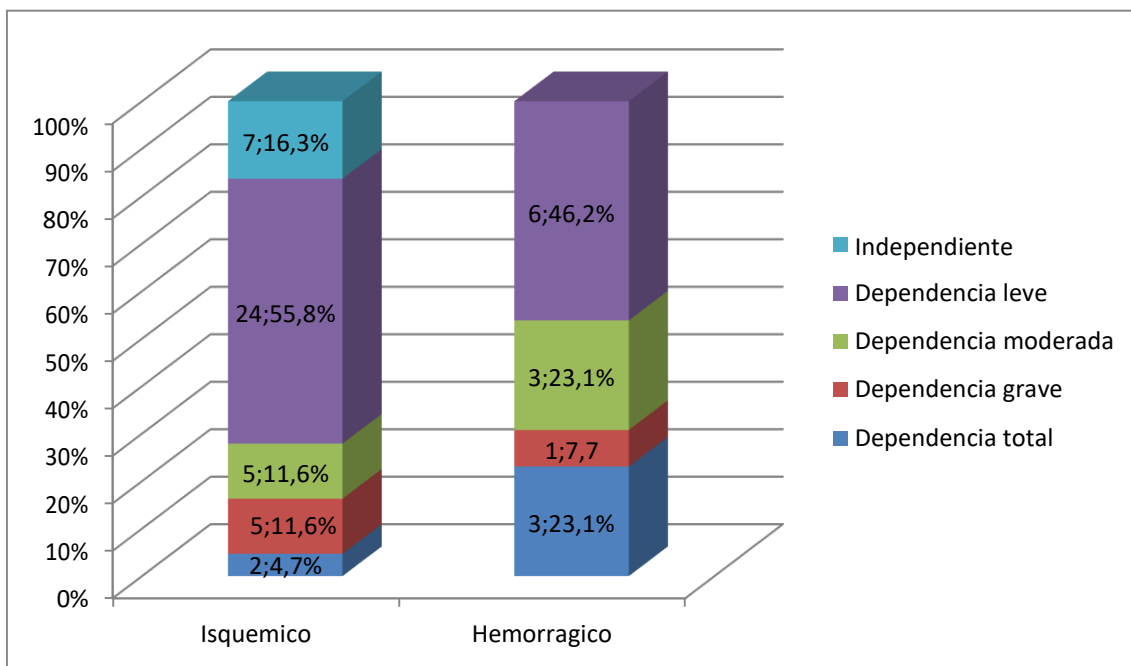
GRÁFICO N°3 NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN LA EDAD AL INICIO D E LA REHABILITACION EN LOS PACIETNTES POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.



Fuente: Elaboración propia

Se observa del gráfico: la dependencia moderada y grave presenta mayor porcentaje en 17,6% y 14,7 respectivamente en el rango de edades de 61-90 años.

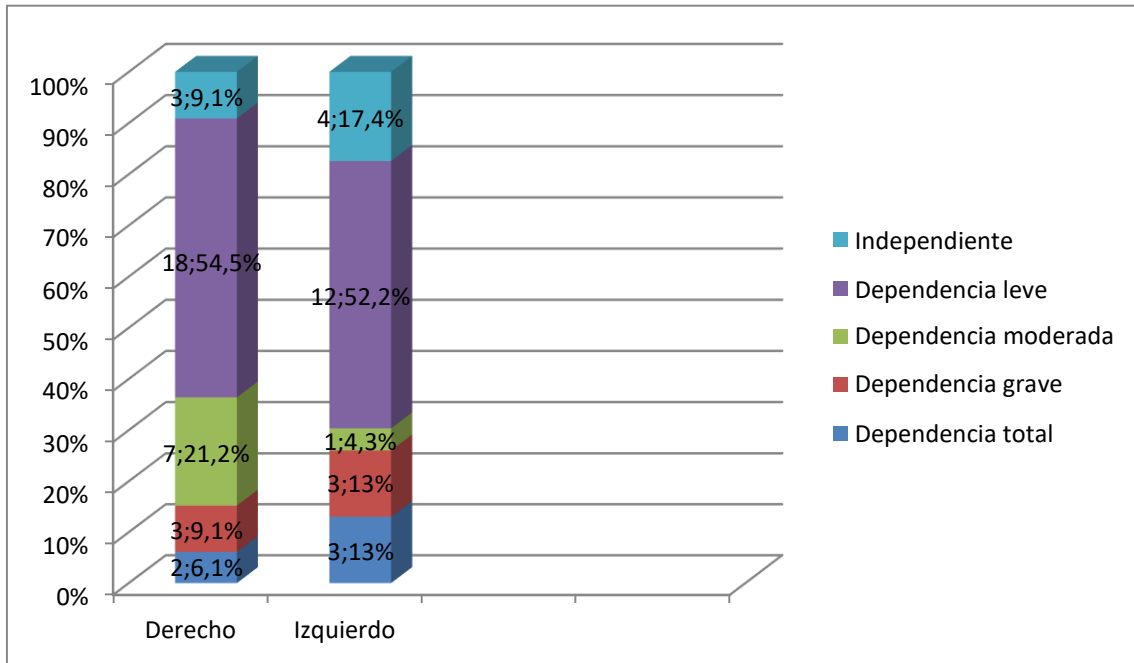
GRÁFICO N°4 NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN EL TIPO DE LESION AL INICIO DE LA REHABILITACION EN LOS PACIENTE POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.



Fuente: Elaboración propia

Se observa del gráfico: la dependencia leve en el tipo isquémico tiene mayor porcentaje con 55,8 %.

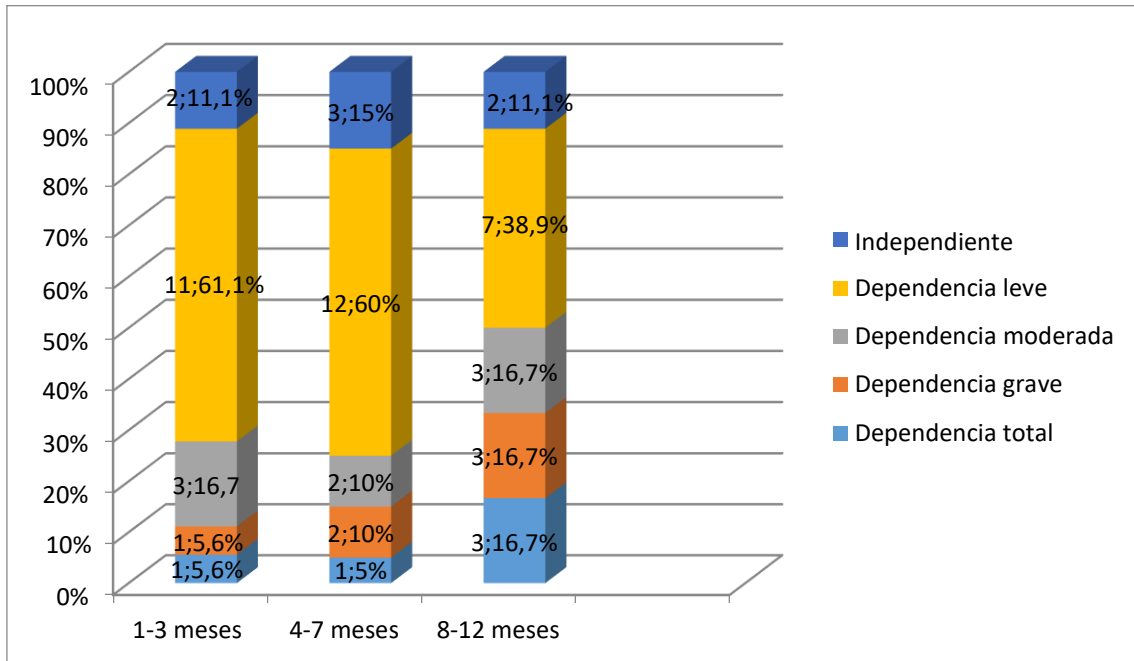
GRÁFICO N°5 NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN EL HEMICUERPO AFECTADO AL INICIO DE LA REHABILITACION EN LOS PACIENTE POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.



Fuente: Elaboración propia

Se observa del gráfico: La dependencia leve y moderada tiene mayor porcentaje en el hemicuerpo afectado derecho con 54,5% y 21,2% respectivamente.

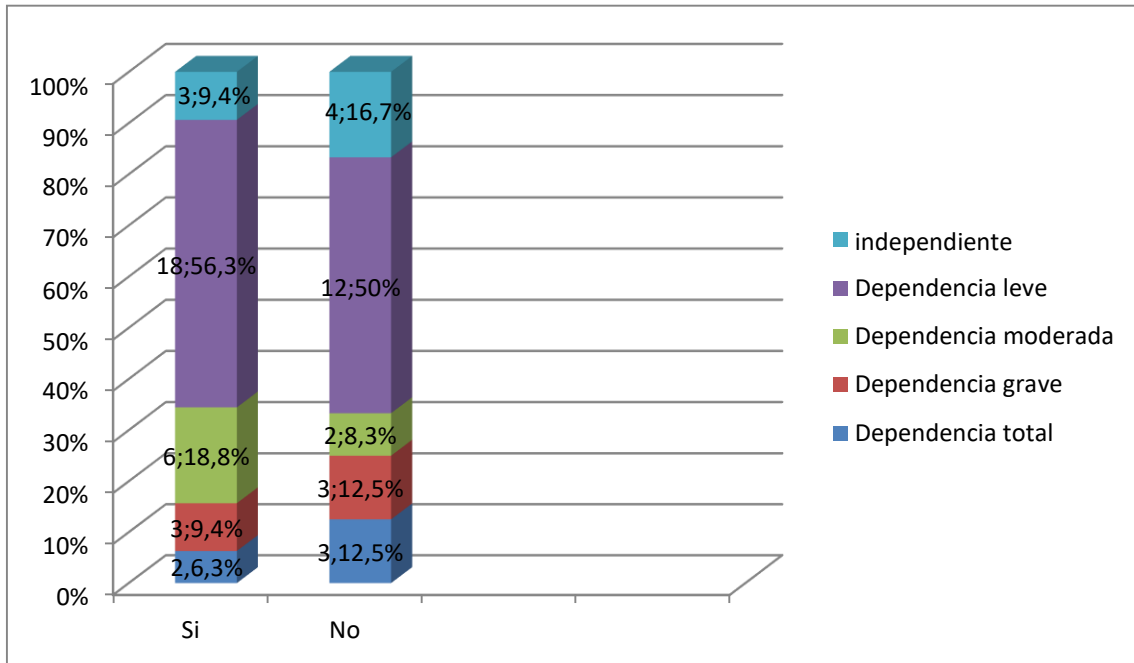
GRÁFICO N°6 NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN EL TIEMPO DE LESION AL INICIO DE LA REHABILITACION EN LOS PACIENTE POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.



Fuente: Elaboración propia

Se observa del GRÁFICO N°6: La dependencia leve presenta mayor porcentaje en el rango de 1-3 meses de tiempo transcurrido de lesión con 61,1% y la dependencia grave y total presenta mayor porcentaje en el rango de 8-12 meses de tiempo transcurrido de lesión con 16,7%.

GRÁFICO N°7 NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN LA LATERALIDAD AFECTADA AL INICIO DE LA REHABILITACION EN LOS PACIENTE POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.



Fuente: Elaboración propia

Se observa del GRÁFICO N°7: La dependencia leve y la dependencia moderada según la lateralidad afectada presentan un porcentaje de 56,3% y 18,8% en el orden respectivo.

4.2. Discusión

En esta tesis se analizó una muestra de 56 pacientes al inicio de la rehabilitación con post ACV.

En el presente estudio la muestra fue de 56 pacientes post ACV de los cuales se presenta mayor porcentaje en el nivel de dependencia leve con 53,6% y nivel de dependencia moderado 14,3%. En el estudio de **Buide M (2012)** hallaron al inicio de la evaluación un 47% dependiente leve y un 21% con dependiente moderado. **Govantes, Bravo (2014)** Hallaron dependencia leve 25,3 %, dependiente moderado 34,7%.

En cuanto el nivel de dependencia según las dimensiones, se resalta que las AVD con mayor porcentaje de dependencia son traslado de cama/sillón con 73,2%, deambulacion con 80,3% y subir y bajar escaleras con 82,1%. En el estudio de **Ortiz O, Santos K (2018)** las AVD, el traslado con 97,2%, la deambulacion con un 100%, subir y bajar escaleras con 98,6% presentan mayor porcentaje de dependencia en sus actividades de la vida diaria.

En relación al nivel de independencia funcional y el género, la dependencia leve es para el género masculino con 57,1% y la dependencia grave para el género femenino con 14,3%. En el estudio de López J y Requena F (2015), en el género masculino 36% con una dependencia severa y género femenino 14% dependencia severa. Para la edad y el nivel de independencia funcional la dependencia moderada y grave presenta mayor porcentaje en 17,6% y 14,7% respectivamente en el rango de edades de 61-90 años y la dependencia total con 25 % en el rango de edades de 20-40 años. En el mismo estudio de **López J y Requena F (2015)**,

observamos el mayor porcentaje de la muestra presento una dependencia severa en 20% y dependencia moderada en 16% en el grupo de 70-79 años.

Con respecto al nivel de independencia funcional según el tipo de lesión. La dependencia leve en el tipo isquémico tiene un porcentaje de 55,8%. Además en el estudio de **Arias S, Tapia Villar (2010)** presenta una dependencia leve en el tipo isquémico con 42,1%.

Respecto el nivel de independencia funcional según hemicuerpo afectado. La dependencia leve y moderada tiene mayores porcentajes en 54,5% y 21,2% respectivamente. Por el contrario **en estudio de Ortiz O Y Santos E. (2018)**. presentan solo en su investigación que el hemicuerpo con mayor porcentaje es el lado izquierdo con 52,8%, no comparándolo con el nivel de independencia.

Se describe el nivel independencia funcional según el tiempo transcurrido de lesión al inicio de la rehabilitación, predominando la dependencia leve con el mayor porcentaje de tiempo transcurrido de lesión de 1 a 3 meses en 61,1% y la dependencia total con mayor porcentaje de tiempo transcurrido de lesión de 8 a 12 meses en 16,7%. Se asemeja el estudio de **Buide M. (2012)** describiendo el tiempo transcurrido de lesión de 1 a 3 meses con un 54% y de 6 a 12 meses de tiempo transcurrido de lesión con un 16% que demoran en comenzar su tratamiento de rehabilitación, sin embargo en dicho estudio no se relaciona el nivel de independencia.

Por ultimo con respecto la relación de la independencia funcional según la lateralidad afectada al inicio de la rehabilitación, se describe la dependencia leve y moderada con mayor porcentaje con la lateralidad afectada en 56,3% y 18,8% respectivamente. En este aspecto no se encontraron antecedentes.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- El nivel de independencia funcional presentan mayor porcentaje es la dependencia leve, seguido de la dependencia moderada.
- La independencia funcional al inicio de la rehabilitación según sus dimensiones el mayores porcentaje de dependencia fueron el traslado de cama /sillón, deambulación y subir y bajar escaleras en relación al resto de las dimensiones.
- El nivel de independencia funcional al inicio de rehabilitación en los pacientes post accidente cerebro vascular se encuentra mayor porcentaje dependencia leve en el género masculino y dependencia grave en el género femenino. En cuanto a la edad el nivel de dependencia moderada y grave presenta mayor porcentaje en el rango de 61-90 años.
- El nivel de independencia funcional según el tipo de lesión, la dependencia leve en tipo isquémico presenta mayor porcentajes.
- El nivel de independencia funcional con el hemicuerpo afectado presentan mayores porcentajes, el nivel dependencia leve y moderada en el hemicuerpo afectado derecho en relación a lado izquierdo.
- El nivel de independencia funcional con el tiempo transcurrido de lesión presenta mayores porcentajes, la dependencia leve en rango de 1 a 3 meses y la dependencia total en rango de 8 a 12 meses para iniciar su rehabilitación.
- El nivel de independencia funcional según la lateralidad presenta mayores porcentajes, el nivel de dependencia leve y la dependencia moderada si está afectada la lateralidad.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda identificar el nivel independencia funcional en los pacientes post ACV para así poder brindarle herramientas y/o estrategias para mejorar sus actividades de la vida diaria.
- Mantener un seguimiento periódico de los pacientes post ACV para poder tener en cuenta cuales son las actividades de la vida diaria que presentan mayor dificultad.
- Para futuras investigaciones, se sugiere realizar un seguimiento de la población, contando con un tiempo mayor de 6 meses para obtener mejores resultados estadísticos.
- Se deben realizar estudios en el Perú en diferentes comunidades para evidenciar como se manifiesta la independencia funcional en pacientes post ACV en cuanto a sus actividades de la vida diaria.
- Se recomienda evaluación multidisciplinaria apoyada de prevención y promoción de salud con estrategias eficientes con la finalidad de mejorar la independencia funcional en los paciente post ACV.

REFERENCIAS.

- 1.- Long F. Dávalos, Germán Málaga. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2014;31(2):393-401.
- 2.-Lima R, Teixeira-Salmela L, Magalhaes L, Gomes N. Psychometric. Properties of the stroke specific quality of life: Application of the Rasch model. *Braz J PhysTher*.2008; 12:149-56.5.
- 3.- Krishnamurthy R, Feigin V, Forouzanfar M, Mensah G, Connor M, Bennett DA, et al. Global and regional burden of first-ever ischemic and hemorrhagic stroke during: findings from the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health*. 2013;1(5):259-81.
- 4.- World Health Organization. Global status report on communicable diseases 2014. World Health Organization. Geneva : WHO Library Cataloguing , 2014. ISBN: 978 92 4 156485 .
- 5.-Castañeda A, Beltrán G, Casma B, Ruiz G , Málaga G. Registro de pacientes con accidente cerebrovascular en un hospital público del Perú, 2000-2009. *Rev. Perú Med Exp. Salud Pública*. 2011; 28(4):6237.
- 6- Hernández-Vásquez A, Díaz-Seijas D, Espinoza-Alva D, Vilcarromero S. Análisis espacial de la Mortalidad distrital por enfermedades cardiovasculares en las provincias de Lima y Callao. *Rev. Perú Med Exp. Salud Pública*. 2016; 33(1)185-6.
7. - Ardila, W., Silva, F., & Acosta M. Neuropsychological profile in patients with ischemic stroke of the left middle cerebral artery. *Acta Neurológica Colombiana*. 2013; 29(01).

8.- Murie-Fernández M, Irimia P, Martínez-Vila E, John-Meyer M, Teasell R. Neurorehabilitación tras el ictus. Neurología. 2010; 25(3): 189-96.

<http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0213485310700086>

9.- Organización mundial de la Salud. Discapacidad y salud. OMS. Actualizado enero 2018.

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

10. Dalmazzo R, Díaz A .valoración de los grados de dependencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular y su relación con el nivel de inmovilidad, del servicio de geriatría del hospital doctor Lautaro navarro Avaria de la ciudad de punta arenas 2008[tesis para optar el grado de licenciado].chile: universidad de Magallanes; 2008.

11. Arias S. Tapia D. Caracterización de pacientes secueledos de accidente cerebro vascular del hospital Padre Hurtado [tesis para optar el grado de licenciatura].Chile: universidad de chile; 2010.

12. Buide M. Grado de eficacia del tratamiento kinésico frente a las AVD en pacientes con hemiplejia post ACV [tesis para optar el grado de licenciatura].Buenos Aires: Universidad Fasta; 2012.

13. Govantes Y, Bravo T. Estado funcional en pacientes con ictus isquémico hospital julio Díaz Gonzales en la habana. Estudios públicos [En línea] en el 2014;6(2):149-158.

14. Carrera M, González C. Valorar la independencia funcional con la escala FIM en los pacientes con accidente cerebrovascular en el área de rehabilitación del

hospital José carrasco Arteaga [Tesis para optar el grado de licenciatura].Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca; 2016.

15. López J, Requena F. “nivel de dependencia funcional en actividades de la vida diaria en personas con accidente cerebro vascular isquémico en un instituto de rehabilitación” [Tesis para optar el grado de licenciatura].Lima: universidad Norbert Wiener; 2015.

16. Meza L.G. “Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden al centro de atención al adulto mayor. Villa María del Triunfo- 2016(tesis para optar el grado de licenciado) lima: 2017.

17.Gonzales F. titulada “relación de los factores pronósticos con el compromiso de la función motora en pacientes post accidente cerebro vascular, en el departamento de medicina física y rehabilitación del hospital Hipólito Unanue en el año 2016” [Tesis para optar el grado de licenciatura]. Lima: universidad nacional mayor de san Marcos; 2017.

18.López J y Requena F. Nivel de reserva cognitiva y dependencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico de un hospital nacional, lima”. Tesis para optar el título de segunda especialidad en fisioterapia en neurorrehabilitación. Universidad Privada Norbeth Wiener.2018.

19. Ortiz E, Santos R. Logro de la independencia funcional de los pacientes con accidente cerebro vascular de tipo hemipléjico en un Hospital de Rehabilitación de Lima. Tesis para optar el título de segunda especialidad en fisioterapia en neurorrehabilitación. Universidad Privada Norbeth Wiener.2018.

- 20.- Stokes Fisioterapia en la rehabilitación neurológica. Madrid: Elsevier. 2006.
- 21.-World Health Organization. Health topic. Stroke, Cerebrovascular accident. [En línea]2018.Disponible:
http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/
- 22.-Diez T. Clasificación de las enfermedades cerebro vasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. Rev. Neurología 2001;33(5):455-464.
- 23- Bermejo F., Porta J., Díaz J., Martínez P. Más de Cien Escalas en Neurología. Madrid: Aula Medica Ediciones; 2008.
- 24.- Duncan P, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg J, Graham GD, et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. Stroke. 2005; 36:e100-43.
- 25.- Álvaro Moyano V. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. Servicio Medicina Física y Rehabilitación. Hosp. Clín Univ. Chile 2010; 21: 348 – 55.
- 26.- Murie F. Irimia, E. Martínez V. Neurorrehabilitación tras el ictus. Departamento de Rehabilitación y Medicina Física. Sociedad Española de Neurología. Elsevier España. 2009.
27. Kalra L, Evans A, Perez I, Knapp M, Swift C, Donaldson N. A randomised controlled comparison of alternative strategies in stroke care. Health Technol. Assess. 2005; 9:1-79.

28 - . Johansson B. Brain plasticity and stroke rehabilitation. The Willis lecture. Stroke. 2000; 31:223-30.

<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n4/1134-928X-geroko-28-04-00184.pdf>

29- Chávez R. Anatomía Patológica del Aparato Cardiovascular. Serie textos Universitarios. Ediciones Universidad Católica. Chile, 2009.

30.- Estrada R. Emergencias neurológicas: Estado funcional y mortalidad. Revista Médica. Chile, 2012.

31.- Querejeta M. Discapacidad/Dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO; 2004.

32.- Baztán et al. Valoración funcional: Índice de Barthel (ABVD) e Índice de Lawton (AIVD).[Internet].[Citado el 25 de Octubre de 2015]. Disponible en:

<http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/intervencion-cognitiva-y-funcional-en-demencias/lectura-obligatoria-1/abvd-aivd.pdf>

33.Granger C, Dewis L. Peters N.Sherwood C.Barrett JE.Stroke rehabilitaci3n :Análisis of repeated Barthel index mesures .Arch Phys Med Rehabil1979;60:14-17

34- Santos J, Aguilar J, Bascuñana H, Usabiaga T, Fernández -Gubieda M,Real M. Valor pronostico del índice de Barthel en el resultado funcional del tratamiento del hemipléjico. Rehabilitaci3n. españa1996; 30:108-15.

35. - Loewen S, Anderson B. Reliability of the Modified Motor Assessment Scale and the Barthel Index. Physical Therapy. 1988; 68:1077-81. Disponible en:

<http://ptjournal.apta.org/content/68/7/1077>

36. - Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965; 14:61-5.

ANEXOS

ANEXO 1: INDICE DE BARTHEL

ITEMS	VALO
1. Alimentación	
Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	10
Necesita ayuda. Para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo	5
Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0
2. Ducharse/Bañarse	
Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.	5
Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	0
3. Vestido	
Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	5
Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	0
4. Arreglo personal	
Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.	5
Dependiente. Necesita alguna ayuda	0
5. Deposición	
Continente. No presenta episodios de incontinencia.	10
Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	5
Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	0
6. Micción	
Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)	10
Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos	5
Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse	0

7. Ir al retrete	
Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	10
Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.	5
Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	0
8. Traslado cama /sillón	
Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	15
Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	10
Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.	5
Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	0
9. Deambulaci3n	
Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	15
Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador	10
Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n	5
Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	0
10. Subir y bajar escaleras	
Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona	10
Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.	5
Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor	0
Total	

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual de 60	Leve
100	Independiente

Máxima puntuaci3n: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

ANEXO 2

NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL AL INICIO DE LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBRO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2018.

Integrantes:

- Colqui Leon, Susan Rossana
- Soria Vidal, Daniela Katherine

La universidad Norbert Wiener realiza estudios sobre el nivel de independencia de los pacientes post accidente cerebro vascular del hospital nacional Guillermo almenara Irigoyen. El accidente cerebro vascular (ACV) es un problema de Salud Pública debido a que constituye gran carga social, sanitaria y económica, pues genera una importante demanda de cuidados integrales y de inversión tanto para el paciente como para sus familiares.

Este estudio pretende conocer el nivel de independencia funcional del paciente se puede saber el grado de independencia. Si usted participa en el estudio, únicamente se le va a realizar una encuesta y un cuestionario.

Este estudio no representa ningún riesgo para usted. Para su participación solo es necesaria su autorización y la toma de sus respuestas.

Es importante señalar que, con su participación, usted contribuye a mejorar los conocimientos del campo, de la salud y rehabilitación.

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted. Las encuestas se realizarán con la autorización del hospital, durante los periodos de ingreso al programa de lesiones centrales, sin interrumpir actividades como sus evaluaciones.

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información. Se le asignará un número (código) a cada uno de los participantes, y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones etc.; de manera que el nombre del paciente permanecerá en total confidencialidad. Con esto ninguna persona ajena a la investigación podrá conocer los nombres de los participantes.

Los posibles candidatos /candidatas deberán ser pacientes post (ACV) mayores de 18 años. Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento, con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente. Sin embargo, si usted no desea represente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con Susan Colqui León, al teléfono 943630231, donde con mucho gusto serán atendidos.

Declaración voluntaria.

Yo he sido informado (a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita, he sido informado(a) de la forma de como se realizara el estudio y de cómo se tomaran las mediciones. Estoy enterado(a) también que se puede participar o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica ,sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia de parte del equipo, del hospital o de la universidad Norbert Wiener.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de: "NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL AL INICIO DE LA REHABILITACIÓN EN

PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBRO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2018.”

Nombre del participante: _____

Firma: _____ fecha: ____/____/2018

Dirección _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Información adicional a anexo solicitarlo a la escuela académico profesional respectiva.

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL AL INICIO DE LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2018.

INSTRUCCIONES: El llenado de la ficha de datos será en base a la información brindada por el paciente o familiar a cargo. El llenado debe ser correctamente, no debe haber ningún tipo de modificaciones que alteren los resultados.

DX medico:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD: años GÉNERO: () M () F

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

TIPO DE ACV:

() Isquémico

() Hemorrágico

Hemicuerpo afectado

() Derecho

() Izquierdo

Lateralidad afectada

() SI

() NO

Tiempo transcurrido de la lesión

Cuantos: meses

ANEXO 4:

Por cada dimensión del índice de Barthel

ALIMENTACIÓN

Tabla N°1:

	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	19	33,9
Necesita ayuda	32	57,1
Dependiente	5	8,9
Total	56	100

Se observa del gráfico y la tabla que el 57,1% de los pacientes necesitan ayuda, el 33,9% es independiente y el 8,9% es dependiente en cuanto a su alimentación.

TABLA N°2

DUCHARSE

	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	23	41,1
dependiente	33	58,1
Total	56	100,0

Se observa de la tabla: El 58.9% de pacientes son dependientes, el 41.1% es independiente en cuanto a ducharse.

TABLA N^o 3:

VESTIDO

	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	18	32,1
Necesita ayuda	33	58,9
Dependiente	5	8,9
Total	56	100,0

Se observa de la tabla: El 58,9% necesita ayuda, 32,1% es independiente, 8,9% dependiente en el vestido.

Tabla N^o 4:

ARREGLO PERSONAL

	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	37	66,1
dependiente	19	33,9
Total	56	100,0

Se observa de la tabla: El 66,1% es independiente, 33,9% es dependiente en el arreglo personal.

Tabla N°5

DEPOSICIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
continente	36	64,1
Accidente ocasional	15	26,8
incontinente	5	8,9
Total	56	100,0

Se observa de la tabla: El 64,1% son continente, el 26,8% presentan accidente ocasional, el 8,9% presentan incontinencia en la deposición.

Tabla N°6

MICCIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
continente	35	62,5
Accidente ocasional	16	28,6
incontinente	5	8,9
Total	56	100,0

Se observa de la tabla: El 62,5 % son continentes, 28,6% presentan un accidente ocasional, 8,9 son incontinentes en cuanto a la micción.

Tabla N°7

IR AL RETRETE

	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	28	50,0
Necesita ayuda	19	33,9
Dependiente	9	16,1
Total	56	100,0

Se observa de la tabla: El 50 % son independientes, el 33,9 necesitan ayuda y el 16,1% son dependientes al ir al retrete.

Tabla N°8

TRASLADO CAMA/SILLON

	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	15	26,8
Mínima ayuda	27	48,2
Gran ayuda	13	23,2
Dependiente	1	1,8
Total	56	100,0

Se observa de la tabla: El, el 26,8% independiente, el 48,2 % necesita mínima ayuda, el 23,2 % necesita gran ayuda y el 1,8% son dependiente en trasladarse de la cama al sillón.

Tabla N°9

DEAMBULACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	11	19,6
Necesita ayuda	32	57,1
Independiente en silla de ruedas	2	3,6
Dependiente	11	19,6
Total	56	100,0

Se observa de la tabla: el 19,6% es independientes para andar, el 57,1% necesita ayuda, el 3,6% independiente en silla de ruedas y el 19,6% dependiente.

TABLA N°10

SUBIR BAJAR ESCALERAS

	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	10	17,9
Necesita ayuda	32	57,1
Dependiente	14	25
Total	56	100,0

Se observa de la tabla el 17,9% es independiente: el 57,1% necesitan ayuda, el 25% son dependientes en subir y bajar las escaleras.