



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:**

MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

TÍTULO DEL PROYECTO:

**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ACTIVIDADES DE LA VIDA
DIARIA DE PACIENTES CON EVENTO CEREBROVASCULAR. HOSPITAL
GENERAL IESS MILAGRO. 2018 - 2019**

AUTOR:

LIC. GIANCARLO SALAZAR OLAYA. MSC.

TUTOR:

DR. CARLOS GAFAS GONZÁLEZ. PHD

MILAGRO, 21 DE AGOSTO - 2020

ECUADOR



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de Posgrado presentado por el MSc. Giancarlo Daniel Salazar Olaya, para optar al título de Máster en Salud Pública y que acepto tutoría al estudiante, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, a los 14 días del mes de septiembre del 2019

Dr. Carlos Gafas González. PhD

C.I.: 1756344519



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Consejo Directivo del Departamento de Investigación y Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título o Grado de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 21 días del mes de agosto del 2020



MSc. Giancarlo Daniel Salazar Olaya
CI: 0926470717



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de Máster en Salud Pública, otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	59.00
DEFENSA ORAL	36.33
TOTAL	95.33
EQUIVALENTE	MUY BUENO


PRESIDENTE DEL TRIBUNAL


TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN


SECRETARIO TRIBUNAL

DEDICATORIA

A mis padres, hermanos, docentes, pacientes y compañeros de aula, por acompañarme, apoyarme en cada momento y por confiar en mi capacidad de lograr cada uno de mis metas propuestas. De manera especial a Dios quien es el apoyo incondicional durante mi vida, a mi madre quien ha sido la persona que me formó como ser humano y quien me enseñó el valor de la perseverancia, la dedicación; quien siempre ha estado en los momentos difíciles de mi carrera y sobre todo quien ha formado parte de los grandiosos logros alcanzados en mi vida.

MSc. Giancarlo Daniel Salazar Olaya

AGRADECIMIENTO

A mis padres por encaminar mis pasos, enseñarme el valor de la perseverancia y por el apoyo incondicional en todo momento.

A la Universidad Estatal de Milagro por el apoyo durante el largo proceso de mi formación académica. A mis Maestros quienes compartieron sus conocimientos para forjar día a día profesionales de éxito.

A los pacientes del Hospital General Milagro por confiar en mi trabajo y ser parte fundamental de este proyecto.

MSc. Giancarlo Daniel Salazar Olaya

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho de Autor del trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi título de cuarto nivel, cuyo tema fue “**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE PACIENTES CON EVENTO CEREBROVASCULAR. HOSPITAL GENERAL IESS MILAGRO. 2018 - 2019**” y que corresponde al Departamento de Investigación y Posgrado.

Milagro, a los 04 días del mes de agosto del 2020

MSc. Giancarlo Daniel Salazar Olaya

Firma del Maestrante

CI: 0926470717

II. ÍNDICE

ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	iii
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	vii
II. ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
EL PROBLEMA	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1.1 Problematización.....	4
1.1.2 Delimitación del problema	8
1.1.3 Formulación del problema.....	8
1.1.4 Sistematización del problema	9
1.1.5 Determinación del tema	9
1.2 OBJETIVOS.....	9
1.2.1 Objetivo General	9
1.2.2 Objetivos Específicos.....	9
1.3 JUSTIFICACIÓN	10
CAPÍTULO II	12
MARCO REFERENCIAL	12
2.1 MARCO TEÓRICO.....	12
2.1.1 Antecedentes históricos	12
2.1.2. Antecedentes referenciales	13

2.1.3. Fundamentación	14
2.2 MARCO LEGAL	22
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	24
2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES	25
2.4.1. Hipótesis general.....	25
2.4.2 Hipótesis específica	25
2.4.3 Declaración de Variables	26
2.4.4 Operacionalización de las Variables	27
CAPÍTULO III.....	29
METODOLOGÍA	29
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL.....	29
3.1.1. Tipos de investigación	29
3.1.2 Diseño de Investigación	29
3.2. LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA	29
3.2.1 Características de la población.....	29
3.2.2 Delimitación de la población.....	30
3.3. LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS.....	30
3.3.1. Método Teórico.....	30
3.3.2. Técnicas e instrumentos	30
3.4. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN	32
3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
CAPÍTULO IV	33
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	33
4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	33
4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS.....	51
4.2.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	54
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES.....	57
CAPÍTULO V.....	58
PROPUESTA	58
5.1. TÍTULO DE LA PROPUESTA	58
5.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.....	58

5.3. FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA	59
5.4. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA	60
5.4.1. Objetivo General	60
5.4.2. Objetivo Específico	60
5.5. UBICACIÓN	61
5.6. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DE LA PROPUESTA.....	61
5.7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	61
5.7.1. Actividades.....	61
5.7.2. Recursos, análisis financiero.....	66
5.7.3. Impacto	68
5.7.4. Cronograma.....	69
5.7.5. Lineamientos para evaluar la propuesta.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
Anexos.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de Factores; Modificables y No Modificables.....	33
Tabla 2. Rango de Edad y Género del Paciente con Evento Cerebrovascular.....	34
Tabla 3. Tipo de Seguro.....	36
Tabla 4. Dependencia	38
Tabla 5. Nivel de Dependencia por Tipos de Terapias.....	40
Tabla 6. Autocuidado.....	41
Tabla 7. Transferencia	43
Tabla 8. Locomoción.....	44
Tabla 9. Comunicación	45
Tabla 10. Cognición Social.....	46
Tabla 11. Terapia Física.....	48
Tabla 12. Terapia Ocupacional.....	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tipos de Factores; Modificables y No Modificables	34
Gráfico 2. Rango de Edad y Género del Paciente con Evento Cerebrovascular	35
Gráfico 3. Tipo de Seguro	37
Gráfico 4. Dependencia	39
Gráfico 5. Nivel de Dependencia por Tipos de Terapias	40
Gráfico 6. Autocuidado	42
Gráfico 7. Transferencia.....	43
Gráfico 8. Locomoción.....	44
Gráfico 9. Comunicación	46
Gráfico 10. Cognición Social	47
Gráfico 11. Terapia Física.....	48
Gráfico 12. Terapia Ocupacional.....	50

RESUMEN

Introducción: Los factores de riesgos conllevan a sufrir enfermedades cardiovasculares en pacientes con eventos cerebrovascular lo cual representan la tercera causa de muerte en el mundo según la OMS el estudio que se desarrolló es una investigación observacional, descriptiva y de campo. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo cardiovascular en actividades de la vida diaria de pacientes con eventos cerebrovasculares, atendidos en el Hospital General IESS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019. **Metodología:** Fue una investigación de enfoque cuantitativo de tipo observacional, descriptiva y de campo, el diseño fue no experimental de tipo transversal, la población está conformada por 250 pacientes, no aplica muestra ya que se trabajó con la totalidad de la población, el instrumento fue una ficha de recolección de datos. **Resultados:** Los factores de riesgo cardio-cerebrovasculares observados en las actividades de la vida diaria fueron la falta de actividad física y la hipertensión arterial, los que conllevan al desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas y complicaciones asociadas. **Conclusiones:** Se identificó que los factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, atendidos en el Hospital General IESS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019, fueron los factores de tipo modificables el cual frecuentó más el índice de masa corporal, seguido del tabaquismo, y entre los no modificables la hipertensión, según variables sociodemográficas el género masculino, el grupo etario comprendido entre 40 y 50 años de edad y el tipo de seguro por jubilación, constituyeron las características sociodemográficas predominantes. Se observó un nivel de dependencia de total prioridad, determinación basada en la aplicación de la escala FIM. El tipo de actividades de terapia física fueron los movimientos asistidos; mientras que la terapia cognitiva representó la terapia ocupacional más desarrollada.

Palabras clave: riesgo, accidente cerebrovascular, cardiovascular, rehabilitación, actividades de la vida diaria

ABSTRACT

Introduction: Risk factors lead to cardiovascular disease in patients with cerebrovascular events, which represent the third cause of death in the world according to the WHO. The study that was carried out is observational, descriptive and field research. **Objective:** To identify cardiovascular risk factors in activities of daily life of patients with cerebrovascular events, attended at the IESS Milagro General Hospital during the period between January 2018 and August 2019. **Methodology:** It was a quantitative-type research observational, descriptive and field, the design was non-experimental, cross-sectional, the population is made up of 250 patients, no sample is applied since the entire population was worked, the instrument was a data collection sheet. **Results:** Cardio-cerebrovascular risk factors observed in activities of daily living were lack of physical activity and high blood pressure, which lead to the development of chronic degenerative diseases and associated complications. **Conclusions:** It was identified that the cardiovascular risk factors in AVD of patients with CVD, treated at the General Hospital IESS Milagro during the period between January 2018 and August 2019, were the modifiable type factors which most frequently body mass, followed by smoking, and among the non-modifiable hypertension, according to sociodemographic variables, the male gender, the age group between 40 and 50 years of age and the type of retirement insurance, constituted the predominant sociodemographic characteristics. A level of dependency of total priority was observed, determination based on the application of the FIM scale. The type of physical therapy activities were assisted movements; while cognitive therapy represented the most developed occupational therapy.

Keywords: risk, stroke, cardiovascular, rehabilitation, activities of daily living

INTRODUCCIÓN

Los eventos cerebrovasculares (ECV), también conocido como la enfermedad silenciosa de la época, representa una de las mayores y principales causa de morbilidad en el grupo de enfermedades vasculares. Formando parte de las patologías que afectan directamente al sistema vascular, sin implicar el corazón, se encuentran este tipo de accidentes vasculares, el que se produce cuando una arteria deja de irrigar a este importante órgano.

Entre los principales elementos de riesgo asociados al desarrollo de esta enfermedad se encuentran la escasa actividad física (sedentarismo), el consumo de cigarrillos y alcohol, la Hipertensión Arterial (HTA), el hipercolesterolemia y las infecciones cardiovasculares. Autores como (Moreno Zambrano, 2019) (Huertas & Perz, 2018); reportan la existencia de otras causas que potencializan su instauración, como son las diferencias geográficas (altas latitudes), contaminación del aire, genética, etnia y circunstancias socioeconómicas desfavorables, entre otras.

En Ecuador, según información reportada por Scherle, Rivero, Di Capua y Maldonado (2018), las estadísticas de ECV muestran un incremento que guarda relación con la existencia de problemas relacionados con el sobrepeso, la obesidad, la falta de actividad física y con el retardo en la llegada de pacientes con ictus al Hospital, elementos precursores de enfermedades crónicas degenerativas y de empeoramiento de las complicaciones derivadas de ese tipo de patología.

A nivel nacional, el número de individuos tratados por HTA crece drásticamente según Ortiz (2017), plantean que este es un elemento que se comporta como factor de riesgo para desarrollar enfermedad aterosclerótica, eventos cardíacos, cerebrovasculares, insuficiencia renal y vascular periférica. Al respecto, autores como Zubeldia, Quiles, Mañes y Redón (2016), consideran que la asociación entre esta y otras patologías como las ECV, potencializa la posibilidad de complicaciones.

La realidad ecuatoriana sobre el incremento de los factores de riesgo cardiovascular presentes en las actividades de la vida diaria de los pacientes diagnosticados por ECV, demanda de la adopción de acciones dirigidas a la mitigación de esta problemática. De acuerdo con la información

ofrecida por Ortiz García en el año (2018) se registraron en el país 3 777 muertes debido a esa causa (CIE-10: I60-I69) con una tasa correspondiente al 23,17%; siendo esta, la tercera causa de muerte en población general, por detrás de las enfermedades isquémicas del corazón y de la diabetes mellitus.

Al respecto, autores como De la Rosa y Acosta Silva (2017), indican la necesidad de generar estrategias de detección y reducción efectiva del riesgo cardiovascular, para lo que resulta fundamental educar a la población diana, controlar en esta las cifras de tensión arterial e incentivar la modificación de los factores de riesgo de la enfermedad; así como el desarrollo de conductas generadoras de salud.

Una mirada sanitaria a esta problemática realza el aporte que desde el campo de la Salud Pública realiza la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo cerebrovasculares presentes en las actividades de la vida diaria (AVD), asociada al incremento del conocimiento de la población sobre esa temática. Lo identificado no ha sido suficientemente abordado en el contexto de estudio; institución en la que se carece de información sobre ese particular; para lo cual, se desarrolla la investigación que se presenta con el objetivo de identificar los factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, atendidos en el Hospital General IESS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019. Para la sociedad en general y las personas con diagnóstico de EVC en particular, la búsqueda de solución a la problemática identificada, contribuirá a disminuir los factores de riesgo de esa enfermedad presentes en las ADV; lo que traduce la conveniencia de realizar el estudio que se presenta, hecho que motivó el desarrollo del mismo, el cual se estructura por capítulos.

El **Capítulo I** corresponde a la descripción del planteamiento de problema de salud pública sobre los factores de riesgo que influyen en las AVD de pacientes con evento cerebrovascular; se delimita el problema de investigación, se detallan los objetivos; así con la justificación del estudio.

En el **Capítulo II**, se incluyen teorías de la investigación obtenidas de artículos de revistas y libros revisados por pares, donde se contempla el marco teórico abarcando antecedentes históricos,

referenciales y la fundamentación. Además, se incluyen las hipótesis generales y específicas, variables y su matriz de operacionalización.

En el **Capítulo III**, se describe la metodología empleada en el desarrollo de la tesis, tipo y diseño de investigación, población, proceso de selección de la muestra, métodos teóricos y empíricos empleados, validación del instrumento aplicado. Los datos fueron obtenidos del sistema AS400 del Hospital General Milagro. Ecuador, el procesamiento estadístico de la información fue desarrollado en el programa de IBM SPSS versión 22.

En el **Capítulo IV** se reflejan los resultados obtenidos durante la investigación por medio de una ficha de recolección de datos, los cuales se expresan de forma tabular y gráfica, se incluye el análisis e interpretación de la información obtenida mediante la verificación de hipótesis.

En el **Capítulo V**, se realiza una propuesta de intervención para dar solución al problema encontrado, mediante una Guía educativa para la prevención de factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV. La guía incluye: temas, fundamentación, objetivos, ubicación de la propuesta, factibilidad de su aplicación, actividades, recursos, el impacto y cronograma.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problematicación

Los problemas en el sistema vascular resultan ser bastante comunes para la población contemporánea, debido a la presencia de hábitos dietéticos inadecuado en las AVD. Como resultado de esto, las arterias pueden engrosarse, estrecharse, o formar coágulos sanguíneos y bloquear de forma total o parcial el flujo sanguíneo hacia órganos tan importantes como el cerebro, dejando secuelas permanentes, e incluso la muerte (Marine, 2019).

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que: Durante las últimas décadas los accidentes cerebrovasculares (ACV) representan la tercera causa de muerte en el mundo, sin variación demostrada de afectación a uno u otro sexo; sin embargo, la evidencia científica plantea que predominantemente esta enfermedad ocurre en edades comprendidas entre los 50 y 70 años (OMS, 2019).

Las consecuencias derivadas de las ECV provocan en el enfermo pérdida de su autonomía para realizar las AVD, circunstancia que genera un progresivo desarrollo de factores de riesgo cardiovasculares, e incremento del nivel de dependencia del cuidador. Entre las principales condiciones que se observan en este tipo de enfermos se encuentran: alteraciones visuales y del lenguaje, infección pulmonar, incontinencia urinaria, convulsiones, depresión, úlceras por presión y demencia, entre otras (Saunders, 2013).

En Ecuador, según información reportada por Moreno D, en el año (2016) entre los años 1990 y 2015, la mortalidad debida a ECV aumentó de forma paulatina, hasta ocupar la tercera causa de muerte en población general, resultados que coincide con lo referido por Núñez, Aglae, y Simancas, en el año (2018) y por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año (2014).

La prevalencia nacional de ECV muestra un incremento relacionado con el sobrepeso, obesidad, falta de actividad física, entre otros factores de riesgo modificables de enfermedades cardiovasculares, que favorecen la instauración de patologías crónicas degenerativas. Lo dicho expresa las consecuencias derivadas de lo identificado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), estudio que evidenció aumento del peso corporal por encima del ideal en el 29,2% de la población total investigada en el país (N=6 797.272 individuos) (ENSANUT, 2014).

El estudio referido (ENSANUT, 2014) reportó que el número de individuos tratados por HTA creció drásticamente, elemento que de forma aislada se comporta como un factor de riesgo para desarrollar enfermedad aterosclerótica, eventos cardíacos, cerebrovasculares, insuficiencia renal y vascular periférica. Mientras que en asociación a otras patologías como los ECV, potencializa la posibilidad de complicaciones.

El referente histórico estadístico citado, posiciona al estudio ENSANUT (2014), en una investigación que aporta insumos para el desarrollo de investigaciones que permitan intervenir en población vulnerable para revertir los riesgos identificados.

Al respecto, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) desarrolla intervenciones en los diferentes niveles de atención, con enfoque preventivo, las que debido a la dinámica poblacional, variabilidad geográfica de esta, diversidad cultural y de instrucción presente en la misma, y a que esta no ha concientizado la prioridad que para la salud humana tiene la prevención por encima de la curación; dicho accionar no alcanza los resultados esperados para mitigar los efectos derivados de la presencia de factores de riesgo de ECV en las AVD, lo que sustenta la necesidad de aunar esfuerzos locales que impacten en el ámbito nacional.

Entre las acciones de rehabilitación física para la atención del individuo con ECV orientadas por el MSP, se encuentra el tratamiento de terapia ocupacional dirigido a la recuperación de las funciones motoras que le permitan al enfermo el restablecimiento de su autonomía y en consecuencia la realización de AVD de forma independiente, para lo cual se norma valoración inicial y seguimiento de la evolución del paciente mediante el empleo de la Escala de Medida de Independencia Funcional (EMIF). Instrumento que permite prevenir el desarrollo de complicaciones durante la etapa de rehabilitación (MIF, 2014).

Formando parte del accionar instituido por el MSP y la Red Pública Integral de Salud (RPIS) para la atención específica a la rehabilitación del paciente con ECV está la inclusión de actividades en los diferentes programas nacionales; entre los que se encuentra el Programa del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Apegado a ese lineamiento, el Hospital General IESS Milagro, implementó las actividades del mencionado programa, a través de las cuales ofrece talleres de terapia ocupacional, socio-recreativas y de integración, orientados a la promoción, prevención y cuidado integral de la salud.

A ese programa, la institución ha incorporado 320 adultos mayores, de los cuales 144 (45%) han sufrido ECV. De estos últimos, 26 pacientes (8%) aún no alcanzan un nivel de autonomía que les permita realizar sus AVD de forma independiente.

Debido a lo mencionado, se hace necesario que el profesional de Terapia Ocupacional encargado de rehabilitar a este tipo de enfermo identifique oportunamente la presencia de factores de riesgo cardiovascular que entorpecen la rehabilitación física y limitan las actividades de la vida diaria en esos pacientes, y en tal sentido establecer prioridades de intervención para yugular los mismos; aspecto no documentado en el Hospital General IESS Milagro, lo cual constituye motivo de interés para la comunidad científica en general y profesionales de la práctica asistencial contextual en particular.

La evidencia científica ha demostrado que las secuelas derivadas de los ACV, dependen del área afectada y de su extensión; por ello resulta necesario realizar una adecuada valoración de los pacientes que sufren este tipo de accidente, con el objetivo de establecer prioridades de intervención para prevenir complicaciones (Hurtado, Aguinaga, León y Ochoa, 2019).

Desde la perspectiva de la rehabilitación física, la evaluación funcional de estos pacientes permite obtener datos de importancia clínica, requeridos para establecer prioridades de intervención que beneficien al individuo y su familia, con el objetivo de mejorar la capacidad funcional del enfermo, disminuir su dependencia del cuidador y por consiguiente evitar el desgaste de este último.

Al respecto, los resultados de investigaciones realizadas por Souza (2016), comunican que los pacientes que han sufrido un ACV, tienen dificultad para realizar las actividades de la vida diaria que los que presentan otro tipo de discapacidad; debido a que dicha patología provoca un grado de dependencia básica del 73,8% e instrumental del 80,3% y bajo nivel cognitivo (del 95,1%). Las principales dificultades observadas en ese tipo de enfermos se relacionan con aquella que permiten oír, hablar y alimentarse de forma independiente; lo que explica que menos de la mitad de estos pacientes pueden volver a ejercer una actividad remunerativa.

El ACV se ha asociado con la disfunción cardíaca aguda y las arritmias, que a su vez se correlacionan con un peor resultado funcional y de morbilidad; un estudio efectuado por el investigador Soletano (2012) en el que aplicaron una intervención en adultos hemipléjicos de un año de evolución utilizando la escala de FIM, observaron que a mayor puntaje, menos cambio denotaban en el estilo de vida y que los pacientes con bajo puntaje (indicador de mayor discapacidad), predominantemente tenían afectado el lado derecho.

Sin embargo; Huertas y Pérez (2018), reportan que la existencia de diferencias significativas en individuos con lesiones sobrevenidas en el hemisferio derecho, su estilo de vida diaria se refiere mayormente a la ayuda de alguien como por ejemplo la concurrencia a restaurantes deben ir acompañados de la familia.

En Ecuador, Moreno et al., 2019 indican que después de una valoración y determinación del nivel de estado de la patología y la perspectiva de la rehabilitación, el ACV es un gran generador de discapacidad, tanto física como cognitiva de la población que sufre ACV, puesto que del 15 al 30% de los pacientes, resultan con un deterioro funcional severo a largo plazo, lo que implica un alto grado de dependencia de terceros.

El autor citado refiere que la sistematización científica apunta que el tratamiento, rehabilitación y el desarrollo de conductas generadoras de salud en pacientes con ACV, provocan un alto gasto para la Salud Pública, con énfasis para aquellos en los que se detectan riesgos cardiovasculares sobreañadidos; individuos en los que se reportan sobredemanda de los servicios del área de Medicina Física y Rehabilitación (Moreno, 2019).

En relación a la situación indicada, el 15% de los pacientes con comorbilidades asociadas a los ACV, mantienen alto grado de dificultad para la alimentación, la que se agrava en aquellos que tiene problemas para oír, hablar, masticar y tragar (INEC, I. N. 2018).

Estudios sobre esta temática reconocen una relación directamente proporcional en el logro de resultados positivos entre la efectividad de la identificación oportuna de los factores de riesgo cardiovascular en actividades de la vida diaria de pacientes con ACV y el rol del personal de salud en la labor educativa sobre este particular.

En el ámbito de desarrollo de la investigación que se presenta, Hospital General IESS de la ciudad de Milagro, los resultados estadísticos evidencian la necesidad de desarrollar investigaciones dirigidas a determinar los factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, como vía para ofrecer solución al problema de salud identificado.

1.1.2 Delimitación del problema

Línea de Investigación: Salud Pública, Medicina Preventiva y Enfermedades que afectan a la población. Enfermedades Crónicas Degenerativas

Objeto de estudio: Prevención de complicaciones en la Rehabilitación

Unidad de Observación: pacientes con enfermedad cerebrovascular

Tiempo: 2018-2019

Espacio: Hospital General IESS Milagro, área de Medicina Física y Rehabilitación.

1.1.3 Formulación del problema

- ¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, atendidos en el Hospital General IESS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019?

1.1.4 Sistematización del problema

- ¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular que influyen en las AVD, según variables sociodemográficas de interés investigativo y nivel de dependencia de los pacientes con evento cerebrovascular?
- ¿Cuáles son los niveles de dependencia identificado en los pacientes diagnosticados por ECV, con los tipos de terapia de Medicina Física y de Rehabilitación que forman parte del accionar de Terapia Ocupacional para la atención a este tipo de enfermo?
- ¿Cuáles son las acciones terapéuticas dirigidas a la prevención de factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, según factores de riesgo y nivel de dependencia?

1.1.5 Determinación del tema

Factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, atendidos en el Hospital General IESS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

- Identificar los factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, atendidos en el Hospital General IESS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar los factores de riesgo cardiovascular que influyen en las AVD, según variables sociodemográficas de interés investigativo y nivel de dependencia de los pacientes con evento cerebrovascular.

- Relacionar el nivel de dependencia identificado en los pacientes diagnosticados por ECV, con los tipos de terapia de Medicina Física y de Rehabilitación que forman parte del accionar de Terapia Ocupacional para la atención a este tipo de enfermo.
- Identificar las acciones terapéuticas dirigidas a la prevención de factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, según factores de riesgo y nivel de dependencia.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Resultados investigativos que sistematizan información sobre la morbimortalidad por ECV a nivel nacional (Moreno et al., 2016 y Moreno, 2019) evidencian un alto nivel de personas que padecen de un ECV, los que presentan secuelas que varían en dependencia de las características clínicas de cada enfermo, área afectada y de su extensión del daño y del afrontamiento del individuo a la enfermedad, es por ello la necesidad de realizar una adecuada valoración de los pacientes post accidente cerebrovascular, con el objeto de adecuar los servicios y establecer prioridades de intervención.

La observación empírica realizada por el autor de la investigación que se presenta, ha permitido identificar la existencia de relación entre factores de riesgo cardiovascular, como obesidad, sedentarismo, tabaquismo e HTA; así como el desarrollo de complicaciones que limitan las actividades de la vida diaria en enfermos con ECV; sin embargo, existe un vacío en la práctica clínica que limita la estratificación del riesgo cardiovascular en el paciente que posteriormente será ingresado a un programa de rehabilitación.

La falta de reconocimiento del riesgo cardiovascular en el que el paciente tributario de tratamiento de rehabilitación física; provoca, por parte de los terapeutas ocupacionales, la omisión de consideraciones que deberían ser observadas en la etapa de planificación del programa de reeducación de los pacientes con diagnóstico de ECV.

La identificación del riesgo cardiovascular en el paciente con ACV en fase hospitalaria, por parte del terapeuta ocupacional, permite ampliar el campo de acción, en relación con el plan terapéutico a seguir, evitando de esta manera someter al paciente a una exigencia mayor de esfuerzo a la capacidad física que el mismo pueda soportar; reduciendo de esta manera secuelas

cardiovasculares, al prevenir complicaciones debido a una incorrecta planificación de la actividad terapéutica por falta de estratificación del riesgo presente en cada enfermo.

Desde el punto de vista científico, el desarrollo de la investigación que se presenta aportará a la práctica asistencial del terapeuta ocupacional, al evidenciar la importancia de la necesaria planificación de la rehabilitación cardiovascular del paciente con ACV según estratificación del riesgo; lo que además beneficiará al enfermo, al reducir los tiempos de rehabilitación y los ingresos hospitalarios debido a complicaciones.

En materia de prevención, la identificación del riesgo cardiovascular ayuda a tomar un enfoque adicional, con el fin servir de base para la realización de futuros estudios y la implementación de mejores programas de tratamiento cardiovascular dirigidos a brindar atención requerida por el enfermo, a reducir costos de atención en salud, tiempo de estancia hospitalaria, y la pronta reincorporación del enfermo a sus actividades personales, económicas y sociales.

Por lo tanto, este trabajo investigativo es viable debido a la gran relevancia para la comunidad, específicamente para las familias que tiene un paciente con este tipo de diagnóstico, los cuales son las personas más importantes quienes deben tener conocimiento sobre las medidas, controles y cuidados correctos de prevención y evitar complicaciones en este tipo de pacientes.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes históricos

Hace más de 2,400 años el padre de la medicina, Hipócrates, reconoció y describió el accidente cerebrovascular como el inicio repentino de parálisis. Así, desde tiempos antiguos esta enfermedad se conocía como apoplejía, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada repentinamente por parálisis.

La primera persona en investigar los signos patológicos de la apoplejía fue Johann Jacob Wepfer, el que además identificó los signos postmortem de la hemorragia en el cerebro de los pacientes fallecidos por esa causa. (Wepfer, 2010)

Desde los más remotos orígenes de las civilizaciones humanas, las afecciones cardiovasculares o respiratorias, el cáncer y la diabetes causan tres de cada cuatro muertes en el continente. En los Estados Unidos, cada año tienen accidentes cerebrovasculares alrededor de 795.000 personas, de las cuales 137.000 mueren. Aproximadamente 610.000 de estos casos son accidentes cerebrovasculares primarios; a su vez, 185.000 personas que sobreviven a un accidente cerebrovascular tendrán otro ACV en un plazo de 5 años. (Toth, 2016)

Wepfer (2010), indicó que *“En países latinoamericanos, se reporta que aproximadamente el 7% de esa población ha sufrido un accidente cerebrovascular y que en su mayoría afecta a personas de 65 y más años de edad”*. Según el autor quien manifiesta que existen pocas estadísticas en América Latina, pero investigaciones recientes muestran que ocho de cada 1.000 habitantes mayores de 35 años han sufrido una EVC.

La enfermedad es la segunda causa de muerte en la región, después de los infartos, tanto en hombres como mujeres.

Kannel (2014), acuñó el término “Factor de riesgo” y promovió el concepto de que la enfermedad cardiovascular es multifactorial. De igual manera promocionó la necesidad de combinar la información acerca de múltiples factores de riesgo usando métodos matemáticos para estimar riesgo.

De acuerdo a Kannel, los factores de riesgo son situaciones que hacen que una persona tenga mayor posibilidad de sufrir un evento cardiovascular y está comprobado que el riesgo coronario aumenta, de acuerdo al número y la magnitud de los factores de riesgo (Kannel (2014).

2.1.2. Antecedentes referenciales

La revisión de investigaciones disponibles en repositorios digitales, permiten apreciar la necesidad de encontrar respuestas investigativas que aporten soluciones a la diversidad de problemas asociados a los ACV, en correspondencia con las realidades de cada localidad. Al respecto, se sistematizan los resultados siguientes:

- Un estudio chileno sobre la temática, informa que la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular es mayor en obreros del sexo masculino, resultado que coincide con los reportados por la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, documento que reporta en ese tipo de población menor hábito tabaquismo y sedentarismo, pero mayor hipertensión arterial y diabetes. En relación con el riesgo coronario, determinado mediante la aplicación de la escala de *Framingham*, éste es más alto que en población general, aunque disminuye al estimarlo con las tablas nacionales (López, 2015).

Se coincide con este autor, el que plantea que los factores de riesgo cardiovascular se presentan con alta prevalencia en personas adultas mayores, siendo la hipertensión arterial y la diabetes el mayor factor de riesgo asociado.

- Resultados de investigaciones realizadas en Guayaquil (López, 2015) y en Cuenca (Sanchez, 2019) reportan la presencia de factores de riesgo vascular en enfermos de ACV. Dichos autores indican que la situación neurológica al ingreso contribuye al incremento de la morbimortalidad

temprana. De los 85 pacientes atendidos durante el mes de enero del 2019 en el Hospital General de la ciudad de Cuenca, el 57% sufrió ACV isquémico y el 43% una hemorragia intracerebral, observándose una elevada prevalencia de HTA, además se constató un uso frecuente de antihipertensivos, así como de antiepilépticos en pacientes sin crisis.

- Resultados investigativos reportados por Moreno Zambrano, Santamaría D. Ludeña C, Barco A, Vásquez D y Santibáñez (2016); evidencian que en los últimos 25 años, en el Ecuador la enfermedad cerebrovascular ocupa la primer causa de muerte y su mortalidad es constante. Para mitigar esa realidad, recomiendan adoptar políticas gubernamentales dirigidas a la prevención de la enfermedad y de las consecuencias derivadas de la misma.

2.1.3. Fundamentación

2.1.3.1. Fundamentación Teórica

Enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular es un término amplio para problemas con el corazón y los vasos sanguíneos. Estos problemas a menudo se deben al aterosclerosis. Esta afección ocurre cuando la grasa y el colesterol se acumulan en las paredes del vaso sanguíneo (arteria). Esta acumulación se llama placa. Con el tiempo, la placa puede estrechar los vasos sanguíneos y causar problemas en todo el cuerpo. Si una arteria resulta obstruida, esto puede llevar a que se presente un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular (Holmens, 2015).

Tipos de enfermedad cardiovascular

Existen un sin números de tipos de esta patología, los cuales se detallarán a continuación:

- **Un accidente cerebrovascular** es causado por la falta de flujo sanguíneo al cerebro. Esto puede suceder debido a un coágulo de sangre que viaja a los vasos sanguíneos en el cerebro o un sangrado en el cerebro (Holmens, 2015).

- **La cardiopatía congénita** es un problema con la estructura y funcionamiento del corazón que está presente al nacer. Este término puede describir muchos problemas diferentes que afectan el corazón. Es el tipo más común de anomalía congénita. (Holmens, 2015)
- **La cardiopatía coronaria** (CHD, por sus siglas en inglés) es el tipo más común de enfermedad cardíaca y sucede cuando se acumula placa en las arterias que conducen al corazón. También se llama arteriopatía coronaria (CAD, por sus siglas en inglés). Cuando se estrechan las arterias, el corazón no puede recibir suficiente sangre y oxígeno. Una arteria bloqueada puede causar un ataque cardíaco. Con el tiempo, la CHD puede debilitar el miocardio y provocar insuficiencia cardíaca o arritmias (Holmens, 2015).
- **La insuficiencia cardíaca** ocurre cuando el miocardio se vuelve rígido o débil. No puede bombear suficiente sangre oxigenada, lo cual causa síntomas en todo el cuerpo. La enfermedad puede afectar solo el lado derecho o el lado izquierdo del corazón. Es muy frecuente que ambos lados del corazón estén comprometidos. La presión arterial alta y la CAD son causas comunes de la insuficiencia cardíaca (Holmens, 2015).
- **Las arritmias** son problemas con la frecuencia cardíaca (pulso) o el ritmo cardíaco. Esto ocurre cuando el sistema eléctrico del corazón no funciona correctamente. El corazón puede palpitar demasiado rápido, demasiado lento o en forma irregular. Algunos problemas del corazón, como un ataque cardíaco o una insuficiencia cardíaca, pueden causar problemas con el sistema eléctrico del corazón. Algunas personas nacen con una arritmia (Holmens, 2015).
- **Las enfermedades de las válvulas cardíacas** ocurren cuando una de las cuatro válvulas en el corazón no funciona correctamente. La sangre puede escaparse a través de la válvula en la dirección equivocada (llamado regurgitación), o es posible que una válvula no se abra lo suficiente y bloquee el flujo sanguíneo (llamado estenosis). Un latido cardíaco inusual, llamado soplo cardíaco, es el síntoma más común. Algunos problemas del corazón, como un ataque

cardíaco, una cardiopatía o una infección, pueden causar enfermedades de las válvulas del corazón. Algunas personas nacen con problemas de válvulas cardíacas (Holmens, 2015).

- **La arteriopatía periférica** ocurre cuando las arterias de las piernas y los pies se estrechan debido a la acumulación de placa. Las arterias estrechas reducen o bloquean el flujo sanguíneo. Cuando la sangre y el oxígeno no pueden llegar a las piernas, esto puede lesionar los nervios y tejidos (Holmens, 2015).
- **La presión arterial alta (hipertensión)** es una enfermedad cardiovascular que puede conducir a otros problemas, tales como ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular (Holmens, 2015).

Factores de riesgo cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares pueden manifestarse de muchas formas, los principales factores de riesgo mayor identificados en el conteo incluyen:

- Fumadores de cigarrillo
- Hipertensión (PA >140/90 mmHg o con medicación antihipertensiva).
- Bajo colesterol HDL (<40mg/dL)
- Historia familiar de enfermedad coronaria prematura, en masculinos pacientes de primer grado familiares de <55 años en mujeres parientes de primer grado <65 años.
- Edad (hombres <45 años; mujeres <55 años) (Marrugat, 2015)

Factores de riesgo no modificables

- **Diabetes mellitus:** La diabetes es una Enfermedad sistémica del metabolismo de los glúcidos (hidratos de carbono y sacáridos) caracterizada por la aparición de hiperglucemia, frecuentemente se encuentra asociada con lesiones específicas de la microcirculación, de la

conducción nerviosa y con predisposición a la arteriosclerosis. La diabetes se define como un nivel de glucosa en sangre en ayunas de 126 mg/dL o mayor (Marrugat, 2015).

- **Hipertensión arterial:** La hipertensión es un factor de riesgo independiente mayor para CHD. Numerosos estudios observacionales han demostrado inequívocamente la poderosa asociación de presión sanguínea alta con riesgo de CHD. Sujetos con presión arterial normal alta (130- 139 mmHg) están en aumento del riesgo de enfermedad coronaria en comparación con aquellos con niveles óptimos (Holmens, 2015).

Una de las recomendaciones realizadas en JNC/ de actividad física, es que esta debe ser realizada al menos 30 minutos al día, la mayoría de los días de la semana, esto daría como resultado un descenso en la presión sanguínea de 4-9 mmHg (Holmens, 2015).

Los hábitos no saludables se identifican en la alimentación, un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de alimentos fritos. La mayoría de las personas consumen varias comidas y la dieta es no es variada porque incluye poca diversidad de alimentos, además de insuficiente cantidad para cubrir las necesidades de calorías y de nutrientes (Padilla, 2012).

No es de extrañar, por tanto, que las enfermedades neurológicas cuenten con su propio epígrafe entre las indicaciones de nutrición enteral domiciliaria en la orden ministerial que regula esta prestación, siendo el ictus uno de los más frecuentes por sus secuelas que pueden conducir a la desnutrición. En esta revisión valoraremos el tema en tres fases:

- 1) Antes de que ocurra el evento (prevención primaria)
- 2) Tratamiento en la fase aguda
- 3) Tratamiento crónico y prevención de un segundo ictus (prevención secundaria) (Holmens, 2015).

Un número de factores de riesgo no lipídicos son asociados a un incremento del riesgo de enfermedad coronaria y deben considerarse esfuerzos preventivos. (atp3). Algunos factores de riesgo son modificables (Marrugat, 2015).

Factores de riesgo modificables

- **Tabaquismo:** El tabaco es la principal causa evitable de muerte en el mundo. Dado que el consumo de tabaco sigue aumentando en muchas partes del mundo. El ATP III se considera al fumador en a una persona que ha consumido al menos 1 cigarrillo al mes. Se considera fumador a aquellas personas que han fumados en su vida al menos 100 cigarros en su vida y actualmente fuma ocasionalmente o diario. El tabaco mata a 6 millones de personas cada año (5.4 millones de fumadores activos y 600.000 afectados por humo de fuente ajena), incluyendo un millón en las Américas (Marrugat, 2015).

El tabaquismo es un factor de riesgo independiente de CHD establecido como un poderoso constituyente a factor de riesgo CHD y otras formas de enfermedad cardiovascular. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares (Marrugat, 2015).

- **Hipercolesterolemia:** El hipercolesterolemia se encuentra definida como un aumento de las cifras de colesterol en sangre y es considerado como uno de los factores importantes para el desarrollo de aterosclerosis. La misma puede ser desarrollada mediante mecanismos exógenos, como son los producidos por una dieta rica en grasas de origen animal y en colesterol o factores endógenos como una base genética, ya sea hipercolesterolemia de origen familiar o los hipercolesterolemias secundarios a otras enfermedades, como la diabetes mellitus (Marrugat, 2015).

- **Sobrepeso y Obesidad**

Definidas como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) puede ser:

- Igual o superior a 25 determina sobrepeso
- Igual o superior a 30 determina obesidad. (Marrugat, 2015)

La obesidad no solo predispone a enfermedad cardiaca coronaria, EVC y numerosas condiciones también está asociada a altas tasas de mortalidad. Las personas con sobrepeso u obesidad, tienen una alta carga de otros factores de riesgo CHD incluyendo entre estas, las dislipidemias, diabetes e hipertensión, así aun personas sin estas condiciones asociadas, pero con obesidad están predispuestas a desarrollarlas (Marrugat, 2015).

Complicaciones en pacientes con ACV

El ACV es un padecimiento potencialmente discapacitante que repercute negativamente en el ámbito familiar y social.

El problema que se presenta con mayor frecuencia en el paciente con ECV, se caracteriza por la dificultad para ejecutar movimientos voluntarios y se relaciona directamente con la complejidad del control motor. Se manifiesta clínicamente como disfunción en la orden motora, espasticidad y sincinesias o contracciones, acompañadas de cambios en la contracción muscular del predominio de la hipoextensibilidad y retracciones corporales. La recuperación motora depende de la interconexión de los elementos antes mencionados (Kunstmann, 2016).

Cuando una persona sufre un evento cerebrovascular (ECV) o ictus, aparecen una serie de secuelas de mayor o menor medida dependiendo de diversos factores: tipo de ictus, zonas cerebrales lesionadas, tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas hasta la atención médica, etc. Entre las secuelas físicas, se encuentran la hemiplejía (parálisis de una mitad del cuerpo), las dificultades de movimiento (paresia) o de coordinación (ataxia). No obstante, todos los pacientes afectados por un ictus con mayor o menor índice de secuelas pueden sufrir en períodos posteriores alguna de las siguientes complicaciones (Kunstmann, 2016).

Hombro subluxado

Se trata de una complicación muy frecuente, diversos estudios indican que entre el 60% y el 73% de los pacientes que han sufrido un ACV padecen hombro subluxado. Es más frecuente en

pacientes que están en etapas hipotónicas de la lesión, es decir en las fases más tempranas o agudas de la lesión (Kunstmann, 2016).

Una mala orientación escapular, una hipotonía en la musculatura estabilizadora de la articulación glenohumeral (manguitos de los rotadores, deltoides y cabeza larga del bíceps) y/o un aumento de la tensión neural en cervical pueden provocar un hombro subluxado (Kunstmann, 2016).

Hombro doloroso

Es otra de las complicaciones más frecuentes, del 38% – 70% de las personas tras un ACV sufre hombro doloroso. Dos tercios de los pacientes presentan hombro doloroso en el primer mes tras la aparición del ACV, el resto suele presentarlo en los tres meses siguientes. Es una complicación muy limitante sobre todo en las primeras etapas, ya que provoca un dolor presente tanto en actividad como en reposo, contribuyendo a una mala recuperación del paciente.

No es consecuencia directa de la lesión neurológica. En la mayor parte de los casos son debidos a una mala praxis de los terapeutas (movilizaciones del brazo desde la mano, movilizaciones sin posicionar la escápula, realización de autopasivos, traslados inadecuados) (Kunstmann, 2016).

Otros factores, como presencia de tono anormal, pérdida de la congruencia de la articulación glenohumeral, apraxias, heminegligencias, dolor talámico o neuropático facilitan la presencia de hombro doloroso (Kunstmann, 2016).

Síndrome hombro – mano

El síndrome hombro-mano aparece entre el 12,5% y 27% de los pacientes con hemiplejía.

Es una complicación discapacitante y dolorosa, que provoca en etapas iniciales dolor, edema, calor y disminución de la movilidad en la mano. En etapas más posteriores provoca la aparición de

alteraciones vegetativas (sudoración, pérdida de vello, descamación, atrofia cutánea, alteraciones en uñas) y deformidades por contracturas en la mano (Kunstmann, 2016).

Las posibles causas de esta complicación son alteraciones en la circulación sanguínea, extravasación de líquidos (la capacidad de drenaje es menor), traumatismos que se puedan dar en la mano, presencia de rigideces en la articulación de la muñeca o apoyos inadecuados con la mano (donde se fuerza demasiado la movilidad) (Kunstmann, 2016).

Síndrome del empujador o síndrome de PUSHER

Este síndrome aparece en el 10% de los pacientes tras sufrir un ACV. Se suele producir cuando se encuentra implicado el lóbulo parietal derecho. Se provoca en pacientes que cursan con una hipotonía en hemicuerpo izquierdo, con disminución de estímulos en ese lado y una alteración de la percepción de la línea media. Esto provoca que el paciente compense esta ausencia de actividad con el lado no afecto provocando un uso exagerado del mismo. (Kunstmann, 2016)

Es una complicación que suele aparecer en fases agudas y provoca que el paciente empuje hacia el lado afecto, resistiendo ante cualquier tipo de corrección. Cursa además con trastornos espaciales y dificultades atencionales (dado que es el hemisferio derecho el afecto y es el que tiene mayor capacidad para procesar la información viso-espacial)- (Kunstmann, 2016)

Los tratamientos posturales, las movilizaciones de miembro superior con precaución, la normalización del tono en la musculatura afectada o la mejora en el esquema corporal son algunos de los tratamientos más efectivos ante estas complicaciones. Estas intervenciones deberían ser realizadas por un fisioterapeuta especializado, ya que en muchos casos podrían ser evitados mediante un tratamiento preventivo que se implantara en los inicios de la evolución de la lesión (Kunstmann, 2016)

El manejo de estas complicaciones de manera adecuada facilitará el proceso rehabilitador, y con ello la consecución de la máxima independencia posible de la persona.

Generalidades de cardiología

La enfermedad cardiovascular es un término amplio para problemas con el corazón y los vasos sanguíneos. Estos problemas son ocasionados por la formación de aterosclerosis, capas de grasa superpuestas en las paredes de los vasos sanguíneos (Menotti, 2017).

- **Accidente cerebrovascular:** Causado por la falta de flujo sanguíneo al cerebro, puede suceder debido a un coágulo o un sangrado en los vasos sanguíneos del cerebro. El accidente cerebrovascular comparte muchos factores de riesgo con la cardiopatía, entre los cuales uno de los más importantes es la hipertensión arterial (Menotti, 2017).
- **Arteriopatía periférica:** Causada por la aterosclerosis en las arterias de las piernas y los pies, lo cual al ver reducido el calibre de las arterias se dificulta el aporte de sangre oxigenada a los tejidos, sometiendo a estos tejidos a daño (Menotti, 2017).
- **Infarto agudo al miocardio (IAM):** Se define anatómicamente como: “la muerte de la célula miocárdica debida a isquémica prolongada. Es necesario esperar entre 2 y 4 horas posteriores al evento para poder identificar la muerte de las células miocárdicas. (Hense, 2015)

2.2 MARCO LEGAL

La Asamblea General de las Naciones Unidas, proclama la presente declaración universal de derechos humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015).

Art. 1.- Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Ley de amparo del paciente. Derechos del paciente

Art. 2.- Derecho a una atención digna. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía. (Ley de Derechos y Amparo del Paciente, 2006)

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado. - Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica. (Ley de Derechos y Amparo del Paciente, 2006)

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad. - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial. (Ley de Derechos y Amparo del Paciente, 2006)

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento. (Ley de Derechos y Amparo del Paciente, 2006)

Art. 6.- Derecho a decidir. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión. (Ley de Derechos y Amparo del Paciente, 2006)

Según la Constitución de la República de Ecuador

Art 32: La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, el seguro social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (Constitución de la Republica del Ecuador, 2008)

La Ley Orgánica de Salud Ordena

Art 6: Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la prevención, detección, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles y no transmisibles, crónico degenerativas, discapacidades, y problemas de salud pública declarados prioritarios. (Ley Orgánica de la salud, 2006)

Art 14: Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad en conjunto con otros organismos competentes. (Ley Orgánica de la salud, 2006)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Terapia Ocupacional

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social. (Mendoza, 2015)

Actividades de la vida diaria (AVD)

Son un conjunto de tareas o conductas que una persona realiza de forma diaria y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y cumplir su rol o roles dentro de la sociedad. (Mendoza, 2015)

Evento cerebrovascular

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. (Holguin, 2012)

Factores de riesgo

Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Relación que no excluye la existencia de enfermedad en ausencia de factores, ni la falta de la misma en presencia de ellos. (Holguin, 2012)

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. Hipótesis general

- Los factores de riesgo cardiovasculares que influyen en las AVD de pacientes con ECV, atendidos en el Hospital General IESS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019 es debido al tabaquismo y la diabetes.

2.4.2 Hipótesis específica

- Existen otros factores de riesgo cardiovasculares que influyen en las AVD, como las características sociodemográficas de interés investigativo y nivel de dependencia de los pacientes con evento cerebrovascular, lo cual se estipula que son las edades más frecuentes son mayores a 60 años de género masculino y su tipo de afiliación son jubilados.

- Los niveles de dependencia que pueden presentar los pacientes diagnosticados por ECV, con los tipos de terapia de Medicina Física y de Rehabilitación, el nivel de dependencia por tipos de terapias abarca una independencia moderada en lo que respecta el autocuidado no pueden alimentarse, bañarse, vestirse, aseo íntimo del mismo modo no pueden trasladarse hacer sus necesidades ni actividades de locomoción y comunicación.
- Entre las acciones educativas dirigidas a la prevención de factores de riesgos cardiovasculares en AVD de pacientes con ECV, la terapia física frecuente son los movimientos asistidos y en las terapias ocupacional las terapias funcionales.

2.4.3 Declaración de Variables

Variable independiente: Factores de riesgo cardiovasculares

Variable Dependiente: Pacientes con evento cerebrovascular

2.4.4 Operacionalización de las Variables

Matriz de Operacionalización						
OBETIVOS	VARIABLES	DEFINICION DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, atendidos en el Hospital General IESS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019. 	VARIABLE INDEPENDIENTE FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> Los factores de riesgo cardiovascular son los que se asocian a una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular: colesterol, diabetes, hipertensión, tabaquismo, herencia genética, estrés, obesidad y la frecuencia cardiaca. 	Factores de riesgos	Tipo de Factores	- Modificables - No Modificables	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
				Modificables	- Tabaquismo - Índice de masa corporal - Hipercolesterolemia Estrés	
				No Modificable	- Hipertensión - Diabetes	
<ul style="list-style-type: none"> Determinar los factores de riesgo cardiovascular que influyen en las AVD, según variables sociodemográficas de interés investigativo y nivel de dependencia de los pacientes con evento cerebrovascular. 	VARIABLE DEPENDIENTE PACIENTES CON EVENTO CEREBROVASCULAR	Un accidente cerebrovascular ocurre cuando se interrumpe o se reduce el suministro de sangre que va a una parte del cerebro, lo que impide que el tejido cerebral reciba oxígeno y nutrientes. En cuestión de minutos, las neuronas cerebrales empiezan a morir.	Características sociodemográficas	Género	- Masculino - Femenino	
				Rango de Edad	- 40 - 50 Años - 51 - 60 Años - Más de 60 Años	
				Tipo de Seguro	- Campesino - Extensión cobertura a cónyuge - Hijos menores a 18 años - Jubilados - Montepío - Seguro general - Voluntario	
			Nivel de Dependencia	Dependencia	- Completa independencia - Independencia Moderada - Máxima Asistencia	

<ul style="list-style-type: none"> • Relacionar el nivel de dependencia identificado en los pacientes diagnosticados por ECV, con los tipos de terapia de Medicina Física y de Rehabilitación que forman parte del accionar de Terapia Ocupacional para la atención a este tipo de enfermo. 				Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Acicalamiento - Bañarse - Vestirse parte superior del cuerpo - Vestirse parte inferior del cuerpo - Aseo íntimo - Manejo de vejiga - Manejo Intestino - No lo realiza
				Transferencia	<ul style="list-style-type: none"> - Cama, asiento, silla de ruedas - Sanitarios - Tina, ducha - Con ayuda - No lo realiza
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las acciones terapéuticas dirigidas a la prevención de factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, según factores de riesgo y nivel de dependencia. 				Locomoción	<ul style="list-style-type: none"> - Caminar/ Sillas de Rueda - Escaleras - Con ayuda - No lo realiza
				Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Compresión - Expresión - Con dificultad - No lo realiza
				Cognición Social	<ul style="list-style-type: none"> - Interacción social - Solución de problemas - Memoria - Complicación
			Tipo de Terapia	Terapia Física	<ul style="list-style-type: none"> - Movimientos Activos - Movimientos Activos Asistidos - Movimientos Asistidos
				Terapia Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de la vida diaria - Terapia Cognitiva - Terapia Funcional

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL

3.1.1. Tipos de investigación

El estudio fue de tipo cuantitativo, consistió en recolectar información con la finalidad de ser medidos y analizados posteriormente, el cual permitió observar la situación, la recopilación de datos de fuente primaria; para este caso, los pacientes con ECV atendidos en el Hospital General IESS Milagro.

3.1.2 Diseño de Investigación

La investigación es de campo, permitiendo acudir al lugar de los hechos para la obtención de los datos necesarios. Este estudio siguió un diseño no experimental el cual no se manipulo ninguna variable solo consistió en la observación, es descriptivo, de tipo transversal, cuyos datos constato los hallazgos en un solo corte, es decir específicamente en el periodo del mes enero de 2018 y agosto de 2019.

3.2. LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Características de la población

La población de estudio quedó conformada por la totalidad de pacientes atendidos en el Hospital General IESS Milagro entre enero de 2018 y agosto de 2019 por ECV (N= 250), los que comparten como característica en común que recibieron rehabilitación física, para resolver problemas relativos a su nivel de dependencia.

3.2.2 Delimitación de la población

Se trabajó con la totalidad de la población (N= 250), conformada por los pacientes con evento cerebro vascular atendidos en el Hospital General IESS Milagro entre enero de 2018 y agosto de 2019 por ECV.

3.2.3 Tipo de muestra

No aplica, se trabajó con la totalidad de la población (N= 250) pacientes con ECV.

3.3. LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1. Método Teórico

Hipotético-Deductivo

Proyectó la formación de las hipótesis a través del razonamiento tales como el resultado de datos empíricos o de elementos frecuentes y luego comprobados mediante un análisis. Este procedimiento parte de la aseveración de las hipótesis, para refutar o admitiendo las planteadas.

Analítico – Sintético

Este estudio fue analítico ya que se requirió la identificación del problema analizar y estudiar con profundidad los resultados dados.

3.3.2. Técnicas e instrumentos

Para llevar a cabo la investigación se recurrió en la elaboración y validación de una Ficha de Recolección de datos, empleada para recolectar información de las historias clínicas del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro. El instrumento referido contiene 14 ítems, el cual fue validado por juicios expertos en salud, a través de la determinación de la validez, pertinencia y confiabilidad desde sus objetivos. La validez alcanzó una calificación del 98% de aceptación, la pertinencia un 96% y la confiabilidad el 97%.

La ficha de recolección de datos está clasificada por sus respectivos objetivos e ítems. El objetivo general centra su atención en identificar los factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, atendidos en el Hospital General IESS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019. Cuenta con 3 ítem; el primero explora los tipos de factores (modificables – no modificables). El segundo clasifica a los modificables (tabaquismo - índice de masa corporal - hipercolesterolemia - estrés) y el tercero a los no modificables (hipertensión - diabetes).

En el primer objetivo específico consiste en; determinar los factores de riesgo cardiovascular que influyen en las AVD, según variables sociodemográficas de interés investigativo y nivel de dependencia de los pacientes con evento cerebrovascular. Para alcanzar este objetivo, el instrumento emplea los ítems del 4 al 6, los que exploran género (masculino - femenino), rango de edad (40 a 50 años – 51 a 60 años – más de 60 años) tipo de seguro (campesino - extensión cobertura a cónyuge - hijos menores a 18 años – jubilados – montepío - seguro general - voluntario).

En el segundo objetivo específico consiste en relacionar el nivel de dependencia identificado en los pacientes con diagnóstico de ECV, con los tipos de terapia de Medicina Física y de Rehabilitación que forman parte del accionar de Terapia Ocupacional para la atención a este tipo de enfermedades. el cual los ítems corresponden desde el 7 al 12, dependencia (completa independencia – independencia moderada – máxima asistencia), autocuidado (alimentación – acicalamiento- bañarse - vestirse parte superior del cuerpo - vestirse parte inferior del cuerpo - aseo íntimo - manejo de vejiga - manejo intestino – no lo realiza), transferencia (cama, asiento, silla de ruedas - sanitarios - tina, ducha - con ayuda - no lo realiza), locomoción (caminar/ sillas de rueda – escaleras - con ayuda - no lo realiza), comunicación (comprensión – expresión – con dificultad – no lo realiza), cognición social (interacción social - solución de problemas – memoria - complicación).

En el tercer objetivo específico consiste en; Identificar las acciones terapéuticas dirigidas a la prevención de factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, según factores de riesgo y nivel de dependencia. En donde solo abarcó dos ítems el 13 y 14, Terapia Física

(Movimientos Activos – Movimientos Activos Asistidos), Terapia Ocupacional (Actividades de la vida diaria – Terapia Cognitiva – Terapia Funcional)

3.4. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN.

En este estudio se recolectó la información a través de la ficha de recolección de datos del área de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General IESS Milagro (N=250 pacientes con eventos cerebrovasculares). Para el proceso estadístico se utilizó el paquete Microsoft Office Excel 2016 el cual sirvió para insertar los datos recopilados. Además, se utilizó el programa de IBM SPSS Statistics versión 22, que sirvió para realizar la tabulación generación de las tablas y gráficos mostrando la frecuencia, porcentaje, porcentaje válido y acumulado del estudio y luego se procedió al desarrollo e interpretación de los resultados generados.

3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tomaron en consideración los elementos éticos de la investigación científica, al respetar la autodeterminación de los sujetos a participar en el estudio y solicitar las debidas autorizaciones y permiso de los familiares para llevar a cabo el trabajo. La disposición de los resultados se hizo de manera tal que reflejara la no maleficencia o malevolencia del equipo de trabajo al exponer los mismos.

La información solo se utilizó para fines de la investigación y no estuvo disponible para personas extrañas a la misma.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Los factores de riesgo cardiovasculares son características o conductas de las personas que aumentan la probabilidad de sufrir una ACV.

Tabla 1. Tipos de Factores: modificables y no modificables

		Tipos de Factores		Total
		No		
		Modificables	Modificables	
Tabaquismo	Recuento	35	0	35
	% del total	14,0%	0,0%	14,0%
Índice de masa corporal	Recuento	72	0	72
	% del total	28,8%	0,0%	28,8%
Hipercolesterolemia	Recuento	29	0	29
	% del total	11,6%	0,0%	11,6%
Estrés	Recuento	20	0	20
	% del total	8,0%	0,0%	8,0%
Hipertensión	Recuento	0	66	66
	% del total	0,0%	26,4%	26,4%
Diabetes	Recuento	0	28	28
	% del total	0,0%	11,2%	11,2%
Total	Recuento	156	94	250
	% del total	62,4%	37,6%	100,0%

Fuente: Datos tomados del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro
Elaborado por: MSc. Giancarlo Salazar Olaya

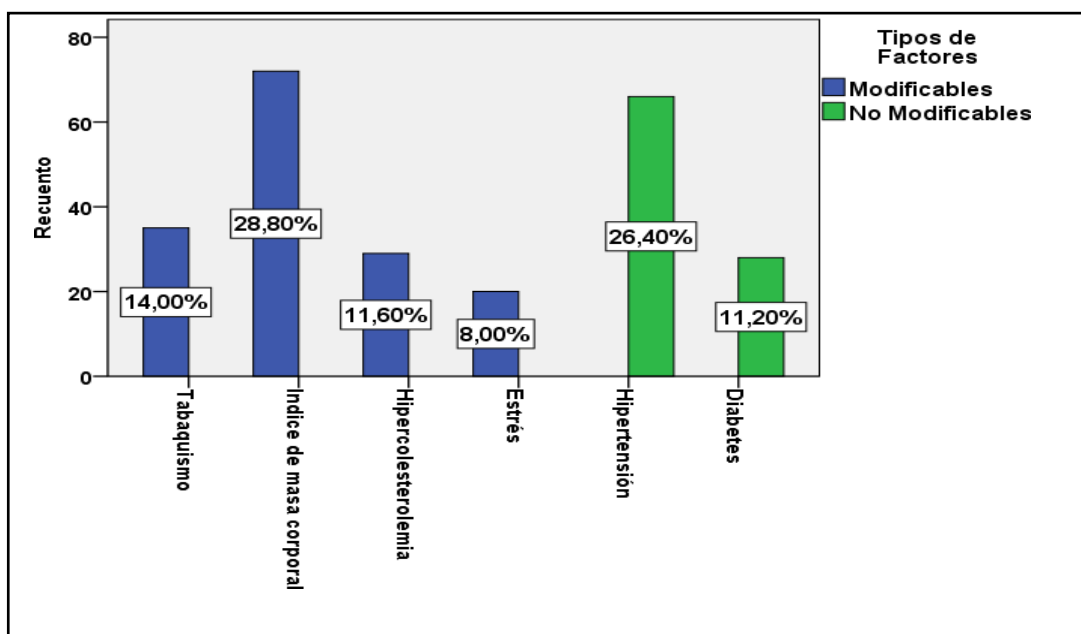


Gráfico 1. Tipos de Factores; Modificables y No Modificables
Fuente: **Tabla 2.** Tipos de Factores: modificables y no modificables

Análisis e Interpretación:

Se determinó que los factores de riesgo predominantes fueron los de tipo modificables, con una frecuencia observada en 156 pacientes (62,4%), de los cuales 72 (28,8%) presentaron un índice de masa corporal superior al normal, condición de salud directamente proporcional a la elevación de la concentración de colesterol total, de las cifras de glicemia y presión arterial, lo que a su vez condiciona el riesgo de sufrir la enfermedad arterial coronaria. En 35 individuos (14%), se identificó el consumo de tabaco, en 29 hipercolesterolemia (11,6%) y 20 refirieron estrés 8%.

Afiliado al posicionamiento teórico promulgado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2018) de que no existe un nivel seguro de tabaquismo, se concuerda en que este hábito representa uno de los principales factores de riesgo evitables de ACV. Al respecto, la OMS (2016) considera que el 40% de todas las muertes que se producen por causa cerebrovascular en personas menores de 65 años están relacionadas con este consumo y que su asociación a la hipercolesterolemia y el estrés, aumenta el riesgo cardio-cerebrovascular en las diferentes etapas del ciclo vital, con énfasis en los adultos mayores. En relación a los factores de riesgo no modificables estudiados, 94 casos (37,6%) los presentan. De ellos, 66 personas (26,4%) padecen HTA y 28 (11,2%) DM.

Entre los factores de riesgo de ACV imposibles de modificar figuran la edad, el género, la etnia, y un historial de accidentes cerebrovasculares en la familia. La tabla 2 muestra la relación entre los rangos de edad y género observados en los pacientes con evento cerebrovascular incluidos en el estudio.

Tabla 3. Rango de edad y género del paciente con evento cerebrovascular

		Género		Total	
		Masculino	Femenino		
Rango de Edad	40 - 50 Años	Recuento	72	54	126
		% del total	28,8%	21,6%	50,4%
	51 - 60 Años	Recuento	49	22	71
		% del total	19,6%	8,8%	28,4%
	Más de 60 Años	Recuento	45	8	53
		% del total	18,0%	3,2%	21,2%
Total		Recuento	166	84	250
		% del total	66,4%	33,6%	100,0%

Fuente: Datos tomados del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro

Elaborado por: MSc. Giancarlo Salazar Olaya

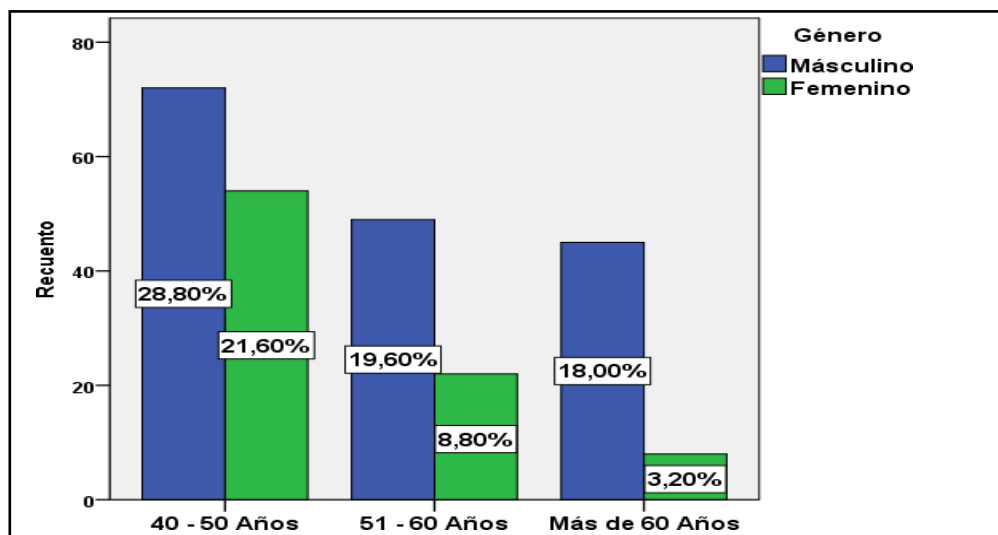


Gráfico 2. Rango de Edad y Género del Paciente con Evento Cerebrovascular

Fuente: Tabla 4. Rango de edad y género del paciente con evento cerebrovascular

Análisis e interpretación:

De los 250 pacientes evaluados, 166 fueron masculinos y 84 femeninos. En el primer grupo poblacional referido, se identificaron 72 individuos (28,8%) con ACV, en edades comprendidas entre 40 y 50 años, resultado que expresa el desarrollo de la enfermedad de forma prematura y por consiguiente la presencia de factores de riesgos.

En el rango de edad entre 51 y 60 años ubicó a 49 enfermos (19,6%); mientras que en el grupo de más de 60 años se diagnosticaron 45 casos (18%). En el grupo de las féminas, se observaron 54 casos de 40 a 50 años (21,6%), 22 de 51 a 60 años (8,8%) y 8 casos (3,2%) de más de 60 años.

Predominó el diagnóstico de ACV en individuos masculinos en los rangos de edad entre 40 y 50 años con 156 casos (para un 50,4%); de 71 enfermos (28,4%) entre 51 y 60 años y 53 personas (21,2%) con más de 60 años, permitió corroborar que, en el contexto de estudio, la enfermedad afecta mayormente a ese género, con mayor reporte en el primer grupo etario estudiado.

En relación a la invariabilidad de los factores de riesgo no modificables, el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos (2017), opina que constituye un mito considerar que el ACV es una enfermedad exclusiva de los adultos mayores; pues, aunque el riesgo aumenta con la edad y se hace más prevalente en ese grupo poblacional, igualmente se desarrolla en etapas jóvenes del ciclo vital.

De igual modo, el género de la persona contribuye al riesgo de sufrir un ACV. Sobre este particular NINDS (2017), plantea que aunque los hombres tienen un riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular 1.25 mayor que las mujeres, en las féminas se reporta una letalidad superior por esta causa, debido a que la padecen a edades más avanzadas.

En relación con la atención necesaria en el ámbito hospitalario y para la rehabilitación del individuo con diagnóstico de ACV, el tipo de seguro médico al que se encuentre afiliado el

enfermo, favorece el seguimiento en el contexto ecuatoriano. La tabla 3 muestra el comportamiento de esa variable.

Tabla 5. Tipo de afiliación de seguro médico en el paciente con ACV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Campesino	37	14,8	14,8	14,8
	Extensión cobertura a cónyuge	12	4,8	4,8	19,6
	Jubilados	83	33,2	33,2	52,8
	Montepío	32	12,8	12,8	65,6
	Seguro General	52	20,8	20,8	86,4
	Voluntario	34	13,6	13,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Fuente: Datos tomados del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro
Elaborado por: MSc. Giancarlo Salazar Olaya

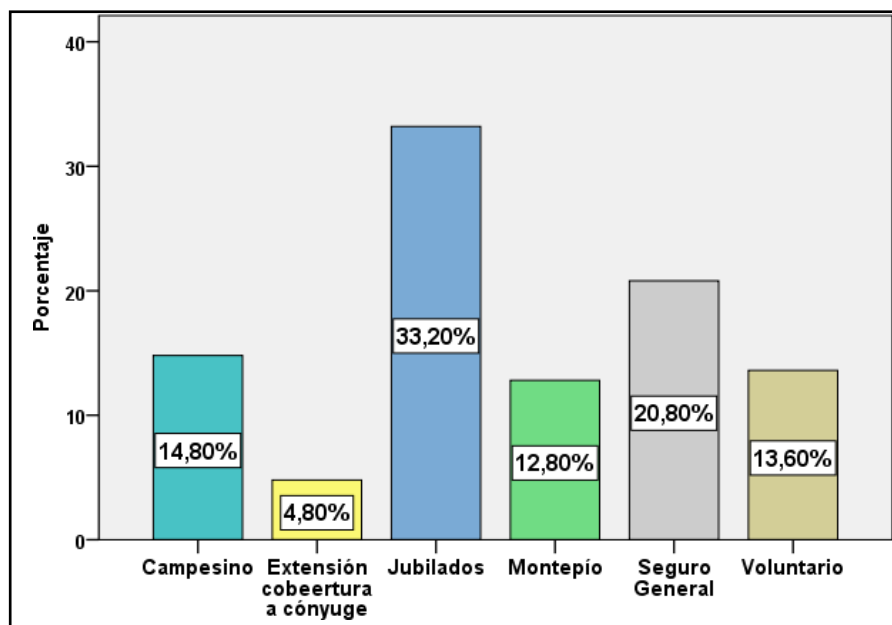


Gráfico 3. Tipo de Seguro

Fuente: Tabla 6. Tipo de afiliación de seguro médico en el paciente con ACV

Análisis e Interpretación:

La indagación sobre el tipo de seguro al que se encuentran afiliados los pacientes, permitió obtener información sobre las instituciones en las que este tipo de enfermos reciben atención relativa a la rehabilitación. Al respecto, y de forma descendente, puede apreciarse que predominaron los acogidos al Seguro para Jubilados (83 casos para un 33,2%), seguido de aquellos atendidos en el Seguro General (52 individuos para un 20,8%); en el Seguro Social Campesino (37 afiliados 14,8%), de forma voluntaria 34 para un 13,6%, 32 personas (12,8%) están acogidas al seguro de Montepío; mientras que 12 por Seguro de Extensión de Cobertura a Cónyuge (4,8%).

En relación con la disparidad de filiación a los diversos tipos de seguros existentes en el contexto ecuatoriano, se coincide con Lucio, Villacrés, y Henríquez (2011), los que plantean que las innovaciones recientemente implantadas en el Sistema Nacional de Salud, dentro de las que destaca la incorporación de un capítulo específico sobre salud a la nueva Constitución, permiten reconocer y contribuir a garantizar la protección de la salud como un derecho humano; para lo cual, la construcción de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) constituye un mecanismo de coordinación que favorece el seguimiento al individuo, la familia y la comunidad, y como parte de estos, los enfermos con ACV.

Aunque el ACV es una enfermedad del cerebro, puede afectar a todo el cuerpo y causar discapacidades con diversos niveles de dependencias, las que requieren diferentes tipos de terapias rehabilitadoras. La tabla 4 muestra la relación existente entre el nivel de dependencia por tipos de terapias

Tabla 7. Dependencia

	Frecuencia	Porcentaje		Porcentaje acumulado
		Porcentaje	válido	
Válido	Completa independencia	52	20,8	20,8
	Independencia moderada	130	52,0	72,8
	Máxima Asistencia	68	27,2	100,0
	Total	250	100,0	100,0

Fuente: Datos tomados del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro
Elaborado por: Mgs. Giancarlo Salazar Olaya

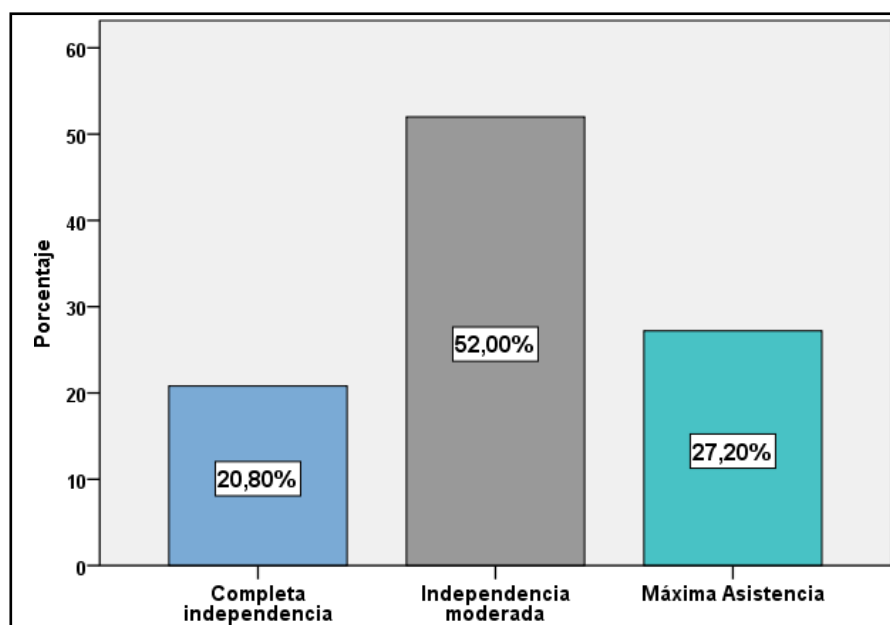


Gráfico 4. Dependencia

Fuente: Tabla 4. Dependencia

Análisis e Interpretación:

En relación al nivel de dependencia de los pacientes con AVE incluidos en el estudio (N=250), se determinó que 68 casos (27,2%) presentaron dependencia de máxima asistencia, 130 individuos (52%) mostraron independencia moderada; mientras que sólo 52 enfermos (20,8%) alcanzan completa independencia. La sumatoria del número de enfermos considerados con dependencia de

máxima asistencia e independencia moderada (198 personas) expresa la existencia de un elevado porcentaje de enfermos (79,20%) con dificultades para la realización de sus actividades de la vida diaria, lo que justifica la necesidad de desarrollar acciones, dirigidas a mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes.

Tabla 8. Nivel de dependencia por tipos de terapias

		Tipos de Terapias			
		Medicina Física	Rehabilitación	Total	
Nivel de Dependencia	Completa independencia	Frecuencia	40	12	52
		Porcentaje	16,0%	4,8%	20,8%
	Independencia moderada	Frecuencia	94	36	130
		Porcentaje	37,6%	14,4%	52,0%
	Máxima Asistencia	Frecuencia	18	50	68
		Porcentaje	7,2%	20,0%	27,2%
Total		Frecuencia	152	98	250
		Porcentaje	60,8%	39,2%	100,0%

Fuente: Datos tomados del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro
Elaborado por: MSc. Giancarlo Salazar Olaya

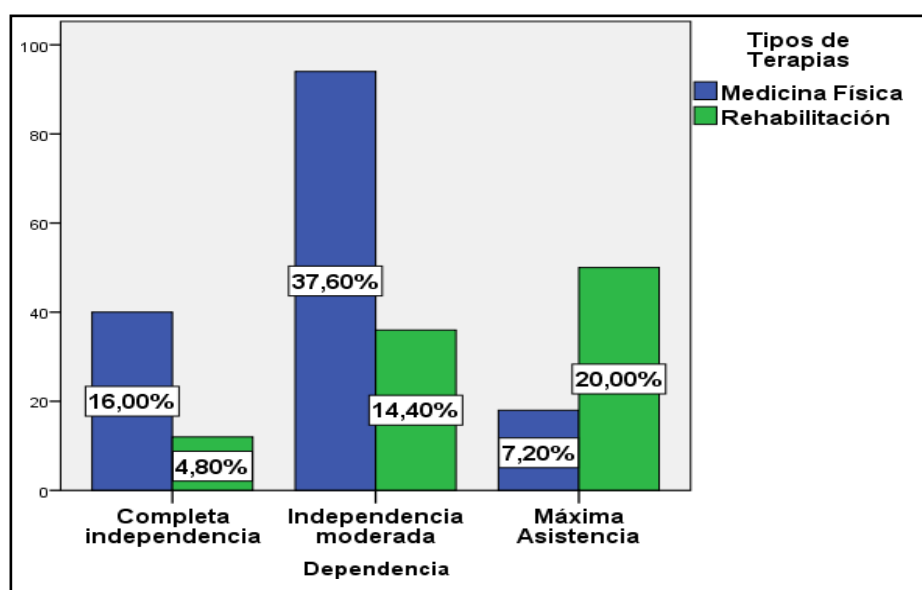


Gráfico 5. Nivel de Dependencia por Tipos de Terapias.
Fuente Tabla 5. Nivel de dependencia por tipos de terapias

Análisis e Interpretación:

Al analizar la relación existente entre el nivel de dependencia presente en los pacientes con ACV y los tipos de terapias de Medicina Física y de Rehabilitación que reciben como parte del tratamiento dirigido a tratar la enfermedad; se observó que en los individuos con completa independencia (20,8%) sólo el 16% requirió terapias de Medicina Física y el 4,8% demandó Rehabilitación. En contraste con lo observado, el 37,6% de las personas con independencia moderada requirieron terapias de Medicina Física y 14,4% de Rehabilitación. De los individuos requirentes de máxima asistencia, el 7,2% necesitó Medicina Física y el 20% Rehabilitación. La tabla 6 muestra el déficit de autocuidado en los individuos incluidos en la población de estudio (N=205).

Tabla 9. Autocuidado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Alimentación + Acicalamiento + Bañarse + Vestirse + Aseo íntimo + Manejo de vejiga y e Intestino	52	20,8	20,8	20,8
No lo realiza	198	79,2	79,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

Fuente: Datos tomados del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro
Elaborado por: MSc. Giancarlo Salazar Olaya

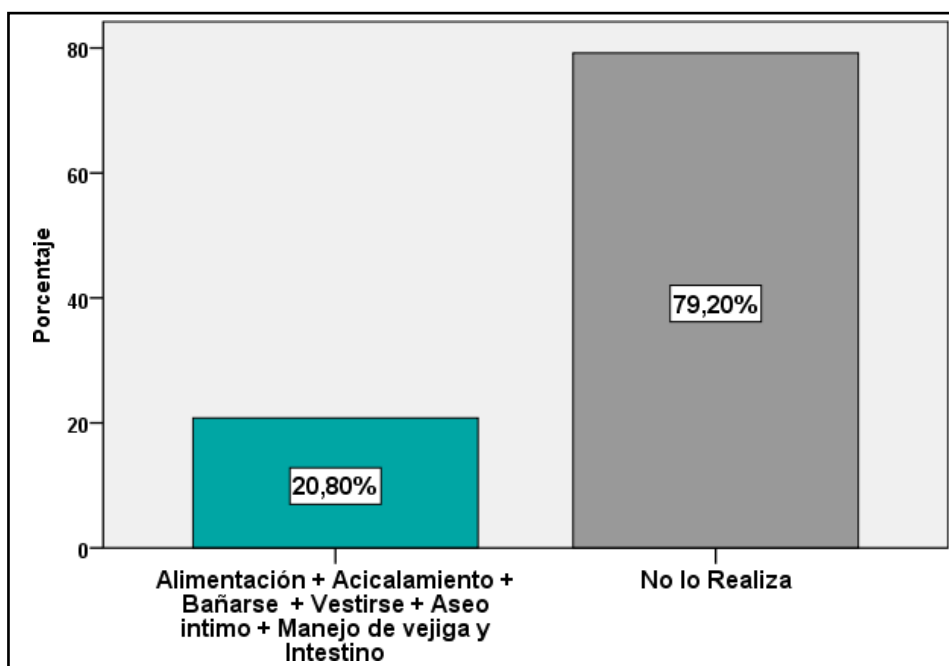


Gráfico 6. Autocuidado

Fuente: Tabla 6. Autocuidado

Análisis e Interpretación:

Resultados investigativos contemporáneos aportados por Fryer, Luker, McDonnell y Hillier (2016), demuestran que los programas de autocuidado pueden beneficiar a los pacientes con ACV que residen en la comunidad. Los efectos beneficiosos de dichos programas buscan la mejoría en la calidad de vida y la autoeficacia del enfermo. Del total de pacientes observados, pudo apreciarse que 198 casos (79,2%) refirieron no poder realizarse su propio autocuidado; mientras que 52 individuos (20,8%) reseñaron poder efectuar de forma autónoma sus actividades de la vida diaria relativas a: alimentación, acicalamiento, bañarse, vestirse, aseo íntimo y manejo de vejiga e intestino.

Tabla 10.Transferencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Cama, asiento, silla de ruedas + Sanitarios + Tina, ducha.	48	19,2	19,2	19,2
Con ayuda	4	1,6	1,6	20,8
No lo Realiza	198	79,2	79,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

Fuente: Datos tomados del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro
Elaborado por: MSc. Giancarlo Salazar Olaya

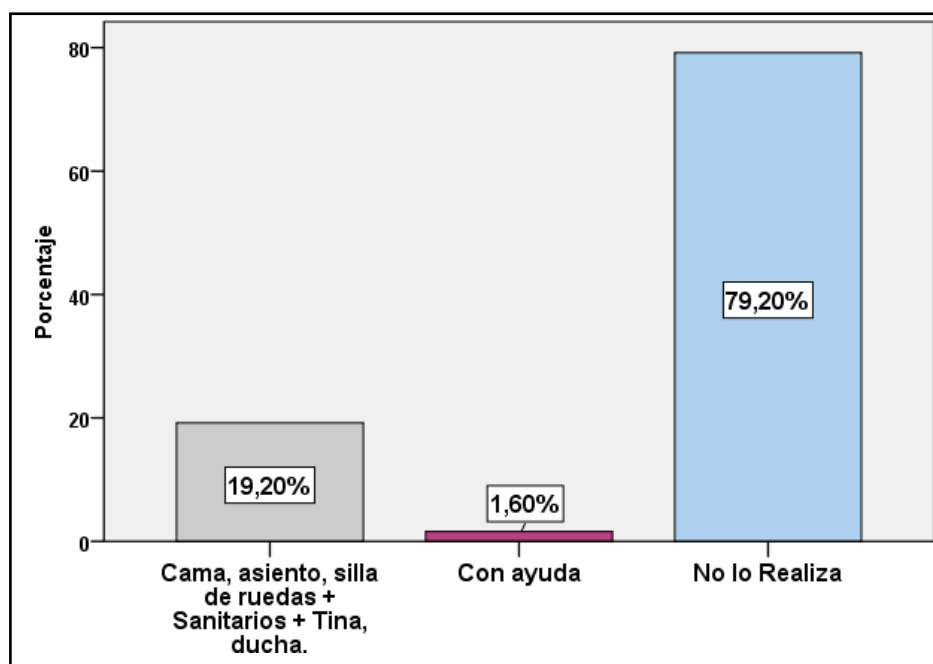


Gráfico 7. Transferencia

Fuente: Tabla 11.Transferencia

Análisis e Interpretación:

Con respecto a la transferencia o movilización del paciente, sólo 52 casos realizan sus actividades de la vida diaria de forma independiente o con ayuda; de estos 48 individuos (19,2%) pueden moverse solos a la cama, asiento, silla de ruedas, sanitarios, tina o ducha y 4 enfermos (1,6%)

requirieron algún tipo de ayuda; mientras que 198 integrantes de la población de estudio (79,20%) no pueden movilizarse espontáneamente.

Tabla 12. Locomoción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Caminar/Sillas de Rueda + Escaleras.	50	20,0	20,0	20,0
Con ayuda	2	0,8	0,8	0,8
No lo realiza	198	79,2	79,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

Fuente: Datos tomados del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro
Elaborado por: MSc. Giancarlo Salazar Olaya

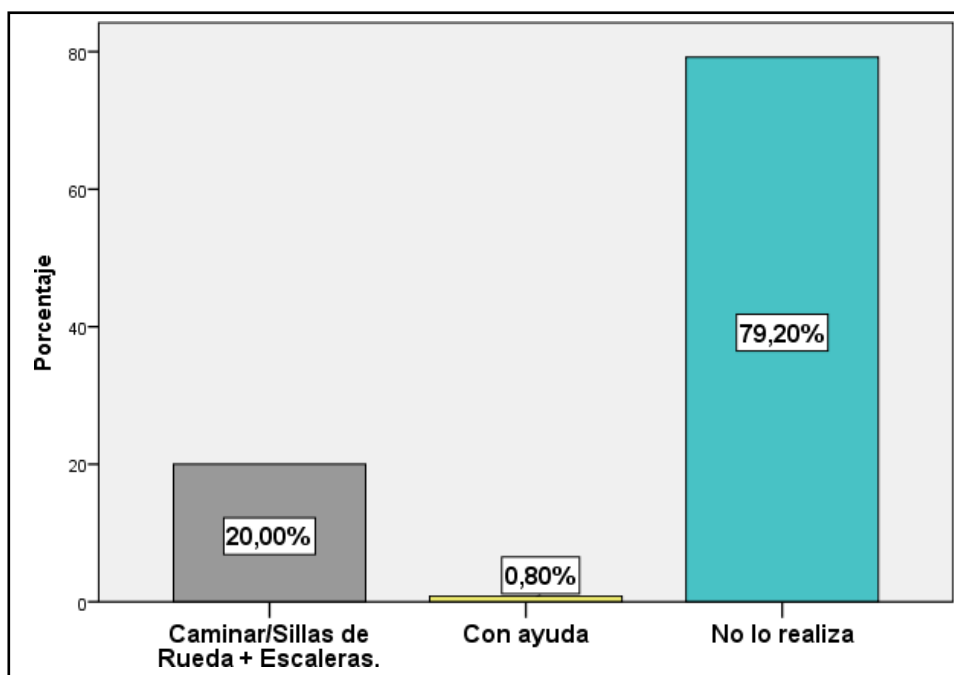


Gráfico 8. Locomoción

Fuente: Tabla 13. Locomoción

Análisis e Interpretación:

Existieron 198 casos (79,2%) que no realizan la locomoción de manera independiente; 52 pacientes (20,08%) pudieron caminar o usar sillas de rueda y subir las escaleras, de los cuales 2 requirieron ayuda. La rehabilitación del paciente después de un accidente cerebrovascular es una parte importante del proceso de recuperación, en el que se les enseña a aprender en qué consiste la rehabilitación después de un ACV.

El objetivo de la rehabilitación por ACV se basa en ayudar al paciente a volver a aprender las habilidades que perdió cuando la enfermedad afectó parte de su cerebro. La rehabilitación para este tipo de problema puede ayudar a recuperar la independencia y a mejorar la calidad de vida.

La gravedad de las complicaciones del accidente cerebrovascular y la capacidad de cada persona para recuperarse varían ampliamente. Estudios han demostrado que las personas que participan en un programa de rehabilitación por accidente cerebrovascular especializado se desempeñan mejor que la mayoría de las personas que no hacen rehabilitación.

Tabla 14. Comunicación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Comprensión + Expresión.	52	20,8	20,8	20,8
No lo realiza	198	79,2	79,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

Fuente: Datos tomados del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro
Elaborado por: MSc. Giancarlo Salazar Olaya

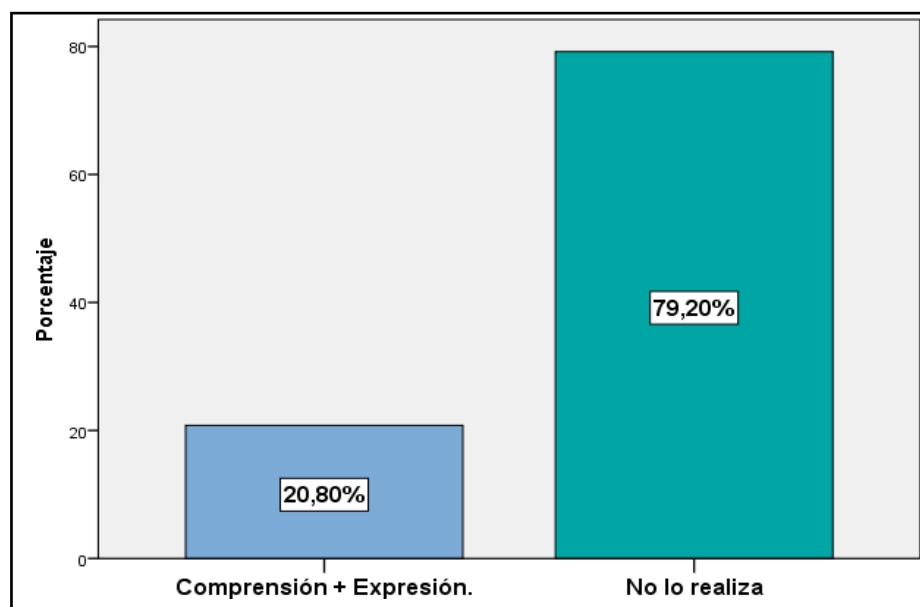


Gráfico 9. Comunicación

Fuente: Tabla 15. Comunicación

Análisis e Interpretación:

Al determinar si los pacientes mantenían una comunicación, 198 personas (79,20) no la realiza de forma fluida; mientras 52 pacientes (20,8%) si la logran la comprensión y expresión como actividades de la vida diaria.

Tabla 16. Cognición social

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Interacción social + Solución de Problemas + Memoria	52	20,8	20,8	20,8
Complicación	198	79,2	79,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

Fuente: Datos tomados del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro
Elaborado por: MSc. Giancarlo Salazar Olaya

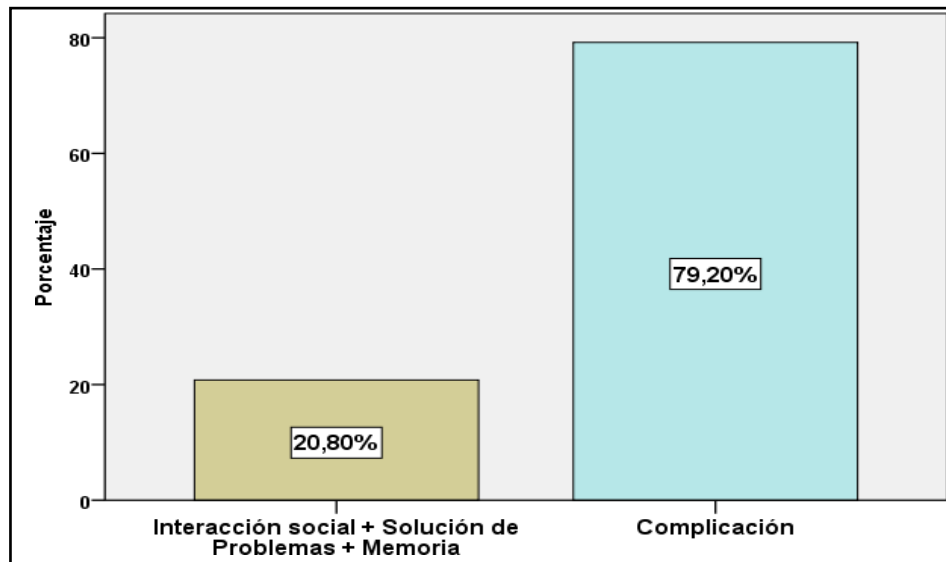


Gráfico 10. Cognición Social

Fuente: Tabla 17. Cognición social

Análisis e Interpretación:

Al indagar información sobre los constructos que expresan la presencia de cognición social en los individuos que conformaron la población de estudio, pudo apreciarse que 198 pacientes (79,20%) presentaron complicación para adaptarse a la enfermedad, lo que limita el afrontamiento del enfermo a su nueva condición de salud, debido a que no logran establecer procesos cognitivos y emocionales que le permitan interpretar, analizar, recordar y emplear la información sobre el mundo social en el que se desenvuelve; mientras que 52 casos (20,8%) alcanzaron interacción social, solución de problemas y memoria de forma funcional.

La incapacitación producida por los accidentes cerebrovasculares es devastadora para el paciente y para su familia; por lo que, la realización de terapias que ayudan a rehabilitar a los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular resulta una vía adecuada para devolverle al paciente la mayor autonomía posible. La tabla 11 muestra los beneficios de la aplicación de terapia física a los pacientes con ACV.

Tabla 18. Terapia Física

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Movimientos Activos	52	20,8	20,8	20,8
Movimientos Activos Asistidos	84	33,6	33,6	54,4
Movimientos Asistidos	114	45,6	45,6	100,0
Total	250	100,0	100,0	

Fuente: Datos tomados del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro
Elaborado por: MSc. Giancarlo Salazar Olaya

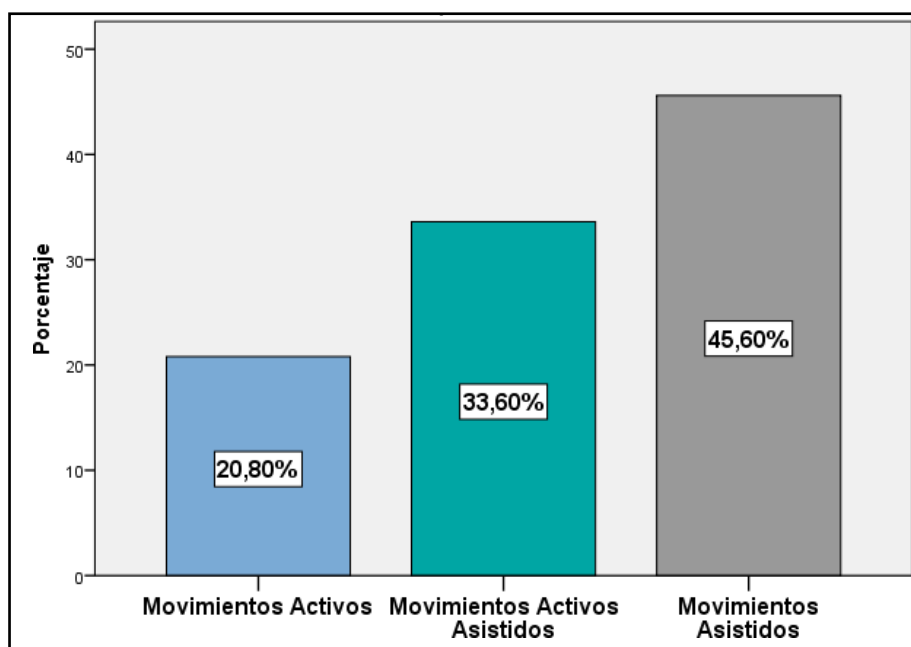


Gráfico 11. Terapia Física

Fuente: Tabla 11. Terapia Física

Análisis e Interpretación:

Con respecto a la realización de terapia física, 114 casos (45,6%) realizaron movimientos asistidos, 84 pacientes efectuaron movimientos activos asistidos equivalente a un 33,6% y 52 de ellos ejecutaron movimientos activos (20,8%); lo que indica que, de forma mayoritaria, este tipo de tratamiento contribuye a la realización de movimientos asistidos.

Para la mayoría de los pacientes, la terapia física se convierte en la piedra angular del proceso de rehabilitación. Un terapeuta físico utiliza el adiestramiento, los ejercicios y la manipulación física del cuerpo del paciente con la intención de restaurar el movimiento, el equilibrio y la coordinación. El objetivo de la terapia física es lograr que el paciente que sufre un accidente cerebrovascular vuelva a aprender actividades motoras simples, tales como caminar, sentarse, ponerse de pie, acostarse, y el proceso de cambiar de un tipo de movimiento a otro.

Tabla 19. Terapia Ocupacional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Actividades de la vida diaria	52	20,8	20,8	20,8
Terapia Cognitiva	146	58,4	58,4	79,2
Terapia Funcional	52	20,8	20,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

Fuente: Datos tomados del Sistema AS400 del Hospital General IESS Milagro
Elaborado por: MSc. Giancarlo Salazar Olaya

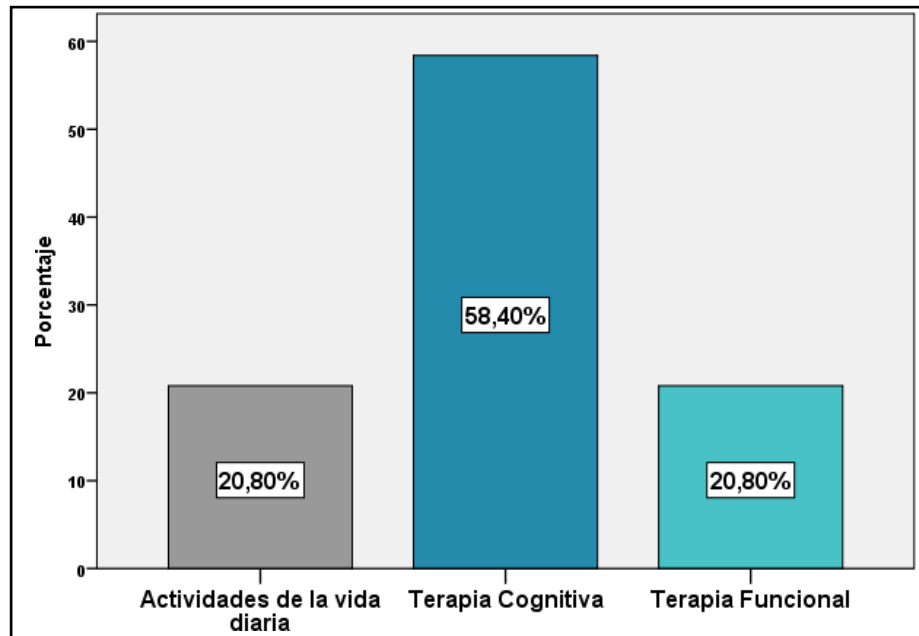


Gráfico 12. Terapia Ocupacional

Fuente: Tabla 20. Terapia Ocupacional

Análisis e Interpretación:

Referente a la aplicación de Terapia Ocupacional como parte del tratamiento al paciente con ACV, se pudo determinar que predominaron los enfermos con ACV que recibieron terapia cognitiva (146 pacientes para un 58,4% de casos estudiados); mientras que sólo 52 (20,8%) requirieron terapia funcional.

La terapia ocupacional representa un rubro importante en la devolución al paciente con ACV, la cual le permite al enfermo volver a aprender sus actividades de la vida diaria; para lo cual resulta necesario realizar ejercicios y adiestramiento que le permitan a regresar actividades cotidianas, tales como comer, beber y tragar, vestirse, bañarse, cocinar, leer y escribir, y el cuidado personal. El objetivo de la terapia ocupacional es ayudar al paciente a ser independiente o alcanzar el nivel más alto posible de independencia.

4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

Resultados investigativos evidencian que los factores de riesgo cardiovascular se clasifican de acuerdo a su importancia en la causalidad de desarrollar ACV; los que para su estudio separan en modificables y no modificables, según la posibilidad de influir sobre ellos (Celis-Morales, Salas, Aguilar, Ramírez, Leppe, Cristi-Montero, Díaz, Duran, Labraña, Martínez, Leiva y Willis, 2015) (Hurtado, Bartra, Osada, León y Ochoa, 2019) (Vega, Guimará, y Vega, 2011).

Los autores citados plantean que los ACV obedecen a factores de riesgo relacionados con los hábitos y costumbre, entre los que se encuentran: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol.

Al respecto, resulta necesario el abordaje del paciente con ACV desde varias perspectivas, con enfoque multidisciplinar, multifactorial y preventivo. Así, la visión rehabilitadora dirigida al cuidado a ese tipo de pacientes, implica el estudio de variables como la identificación de factores cardiovasculares modificables y no modificables, edad y género del enfermo, tipo de atención que recibe según forma de seguro de salud que posee, dependencia, tipos de terapia rehabilitación que recibe, autocuidado, transferencia, locomoción, comunicación, nivel cognitivo, entre otros.

En relación a los factores cardiovascular, se coincide con Vega et al., 2011 quienes consideran que la predicción de este tipo de riesgo ha constituido, en los últimos años, la piedra angular en las guías clínicas de prevención de enfermedades cardiovasculares, la que deviene una herramienta útil para establecer prioridades en el cuidado a este tipo de pacientes, mejorando así la atención eficaz en la terapéutica a seguir.

Entre los factores de riesgo no modificables se encuentran la edad, sexo y los antecedentes familiares; mientras que formando parte de los modificables se identifican las dislipidemias, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo.

En relación con los primeros de estos factores, modificables, el autor de la investigación que se presenta concuerda con Scherr y Ribeiro (2009), los que reportan que el género y la edad constituyen elementos de alto peso en la determinación del riesgo cardiovascular.

El análisis de estas variables permite comprender que además de la edad y el género, el tipo de seguro de salud que posee el enfermo confluente en el desarrollo o control de las enfermedades cardiovasculares. En consonancia con lo expresado, se observó un predominio de pacientes masculinos con edades comprendidas entre los 40 y 50 años, resultados igualmente reportados por Scherr y Ribeiro, 2009; así como por Oramas, Lugones y Massip, 2016.

Para mitigar esta problemática, el investigador opina que oportuno la implementación de acciones orientadas a la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de complicaciones en enfermos de ACV, basada en la aplicación de la escala FIM (medida de independencia funcional) o ficha de observación, lo que permite evaluar a los pacientes con ese tipo de padecimiento.

En el estudio que se presenta se estudiaron enfermos con ACV que acudieron al área de Medicina Física y Rehabilitación, en los que se observó el nivel de independencia en las actividades de la vida diaria.

Para la investigación se tomaron en cuenta las siguientes variables:

1. Diagnóstico de ACV
2. Edad.
3. Género
4. Tiempo de rehabilitación
5. Tipo de accidente cerebrovascular
6. Principales secuelas del ACV
7. Independencia funcional.

La frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome isquémico coronario agudo resulta un tema de interés para la práctica clínica en el ámbito de la rehabilitación de pacientes con ACV. Desde esa perspectiva, constituye importante que el profesional de Rehabilitación dedicado a la atención a este tipo de paciente conozca que el riesgo cardiovascular y el riesgo coronario no son conceptos sinónimos.

El primero incluye, además, la probabilidad de padecer enfermedad cerebrovascular y arterial periférica, pero en la práctica clínica habitual pueden emplearse indistintamente, ya que el riesgo coronario es una aproximación razonable del riesgo cardiovascular, y constituye uno de los aspectos más importantes y controversiales de la intervención terapéutica farmacológica, especialmente en el caso de la hipertensión arterial y la hiperlipidemia o dislipidemia.

El riesgo cardiovascular se define como la probabilidad de padecer un evento cardiovascular en un determinado período, el que habitualmente se establece entre 5 y 10 años; por lo que su estratificación y cuantificación en la práctica rehabilitadora es fundamental, especialmente en la atención a los pacientes que no padecen complicaciones derivadas del ACV.

Aunque el impacto de factores de riesgo individuales como la hipertensión arterial, la dislipidemia, el hábito de fumar y la diabetes, entre otros, está bien establecido y mejora la predicción del riesgo cardiovascular y cerebrovascular, se ha apreciado un creciente aumento en el tratamiento y rehabilitación del riesgo cardiovascular global, con énfasis en la rehabilitación del enfermo con ACV.

La valoración global del riesgo mediante modelos multifactoriales, como es el empleo de escala FIM, permite predecir el riesgo global individual de forma más exacta. En la actualidad los algoritmos para predecir el riesgo cardiovascular se basan en las tablas de riesgo cardiovascular, y las más utilizadas están basadas en la ecuación de riesgo del estudio de Framingham, que estima el riesgo global para eventos cardíacos y cerebrales. Según los resultados investigativos observados, se apreció predominio de los enfermos con alto riesgo cardiovascular.

La relación existente entre dependencia funcional, actividades de la vida diaria y ACV, la evidencia científica demuestra que la asociación entre esta triada es directamente proporcional con el envejecimiento, diagnóstico de enfermedades crónicas y la presencia de factores determinantes, entre las que se encuentran las conductas poco generadoras de salud.

El conocimiento de estos factores constituye sustento a tomar en cuenta para el diseño de acciones que permitan identificar en pacientes con ACV, el riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso.

4.2.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS
<p>Los factores de riesgo cardiovasculares que influyen en las AVD de pacientes con ECV, atendidos en el Hospital General IESS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019 es debido al tabaquismo y la diabetes.</p>	<p>Se determinó que entre los factores de riesgos modificables más frecuente fue el índice de masa corporal, y no modificables la hipertensión. Por lo tanto, se pudo verificar una similitud a la hipótesis empleada en el estudio.</p>
<p>Existen otros factores de riesgo cardiovasculares que influyen en las AVD, como las características sociodemográficas de interés investigativo y nivel de dependencia de los pacientes con evento cerebrovascular, lo cual se estipula que son las edades más frecuentes son mayores a 60 años de género masculino y su tipo de afiliación son jubilados.</p>	<p>Con respecto a las características sociodemográficas más frecuentes de los pacientes con eventos cerebrovasculares la gran mayoría son masculinos con rango de edad de 40 a 50 años de edad, por el momento hasta allí tiene una similitud a la hipótesis planteada. Sin embargo el tipo de seguro que reflejo en el estudio fue jubilados cuya variable no coincidió con lo que se había deducido en el trabajo investigativo.</p>
<p>Los niveles de dependencia que pueden presentar los pacientes diagnosticados por ECV, con los tipos de terapia de Medicina Física y de Rehabilitación, el nivel de dependencia por tipos de terapias abarca una independencia moderada en lo que respecta el autocuidado no pueden alimentarse, bañarse, vestirse, aseo íntimo del mismo modo no</p>	<p>Los resultados dados en el estudio reflejaron una igualdad a los que se había pronosticado en la hipótesis en comparación ya que la gran mayoría de los pacientes con eventos cerebrovascular necesitaron total asistencia para realizar las actividades de la vida diaria.</p>

<p>pueden trasladarse hacer sus necesidades ni actividades de locomoción y comunicación.</p>	
<p>Entre las acciones educativas dirigidas a la prevención de factores de riesgos cardiovasculares en AVD de pacientes con ECV, la terapia física frecuente son los movimientos asistidos y en las terapias ocupacional las terapias funcionales.</p>	<p>En los resultados sobre los tipos de terapias de los pacientes con eventos cerebrovasculares, la gran mayoría en terapia física realizaron movimientos asistidos el cual en la hipótesis no coincidió en lo que se estableció, sin embargo en la terapia ocupacional si se obtuvo como el caso concurrente la terapia cognitiva, dado así que en este ítems si presento un grado de similitud con respecto a la hipótesis.</p>

Gracias a la identificación de los tipos de secuelas más frecuentes en los pacientes que realizan rehabilitación física en el Hospital General Milagro y que sufren un evento cerebro vascular, se determinaron los riesgo de las enfermedades cardiovasculares durante el último semestre 2018 y primer trimestre del año 2019, demostrado en 52 pacientes que en la actualidad tienen dependencia completa, información que resultó en la valoración mediante la aplicación de la escala FIM; lo que permitió obtener como resultado, que dentro de las actividades motoras y cognitivas los pacientes necesitaron asistencia máxima y total, sin embargo se necesitó predisposición durante el tratamiento y estos han demostrado durante su rehabilitación.

CONCLUSIONES

- Se identificó que los factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV mayormente observados, atendidos en el Hospital General IESS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019, fueron por los factores de tipos modificables tanto como el índice de masa corporal debido a la falta de actividad física seguida del tabaquismo, mientras que por factores no modificables la hipertensión arterial, lo cual conllevan al desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas y complicaciones asociadas a esta condición de salud convirtiéndose en si un problema de salud pública provocando mayor costo familiar, hospitalario y del estado.
- Se determinó que los factores de riesgo cardiovascular que influyen en las AVD, según variables sociodemográficas predominó más en el género masculino, el grupo etario comprendido entre 40 y 50 años de edad y el tipo de seguro por jubilación, lo cual interactúa con otros determinantes e influye en los riesgos. Por lo tanto, se considera que conforme una persona va cumpliendo años va apareciendo el deterioro mental y físico, lo cual es algo normal tanto entre profesionales de salud como entre el público en general.
- Se relacionó que el nivel de dependencia identificado en los pacientes diagnosticados por ECV, con los tipos de terapia frecuentó más en la independencia moderada de todas formas necesitan atención con prioridad, del mismo modo el tipo de dependencia es la medicina física, cuya determinación fue basada en la aplicación de la escala FIM, lo cual muchos de los pacientes no pueden realizar su autocuidado, dependen de una persona tanto en la alimentación, acicalamiento, bañarse, vestirse aseo íntimo, del mismo modo no pueden trasladarse con facilidad de la cama, asiento, silla de ruedas, sanitarios y duchas, mucho menos a la locomoción y la comunicación lo cual se les dificulta.
- Se identificó que las acciones terapéuticas dirigidas a la prevención de factores de riesgos cardiovasculares en AVD de pacientes con ECV según factores de riesgo y nivel de dependencia fue el tipo de actividades de terapia física mayormente aplicada a los individuos incluidos en la población de estudio fueron los movimientos asistidos; mientras que la terapia

cognitiva representó la terapia ocupacional más desarrollada, ambas con un tiempo de rehabilitación mayor a 12 meses.

RECOMENDACIONES

- Los factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV debido a múltiples factores de tipos modificables y no modificables lo cual empeoran la condición de salud del paciente, convirtiéndose en un problema de salud pública, por lo tanto, se recomienda a la comunidad en general no fumar, controlar la presión arterial alta a través de dieta, realizar ejercicios, tomar los medicamentos necesarios y autorizado por el médico, consumir alimentos sanos, limitar la cantidad de alcohol, esto facilitará la prevención oportuna y se evitara que enfermos con accidente cerebro vascular independientes sean dependientes.
- Existen algunos factores de riesgo o causas de un accidente cerebrovascular que no se puede cambiar como las características sociodemográficas como la edad, genero, raza, características genéticas, enfermedades como el cáncer etc., sin embargo, se puede cambiar su estilo de vida, tanto en la alimentación comiendo sano, el cual es aconsejable ir probando con cantidades pequeñas y hacer ejercicios al menos unos 30 minutos diario así sea unas dos o tres veces a la semana, lo cual ayuda a reducir el riesgo de accidente cerebrovascular.
- Promover el desarrollo de conductas generadoras de salud en las actividades de la vida diaria, con acciones de capacitación sobre autocuidados, como complemento a la independencia funcional de los pacientes con accidente cerebro vascular.
- Para los pacientes que ya se encuentran con ECV se recomienda la movilización en las primeras 24 horas como las necesidades de aseo, traslados, cambios posturales, movilización pasiva de las extremidades, sedestación etc., del mismo modo a los pacientes que requieren de terapia cognitiva conductual, la comunicación es un medio de suma importancia en donde si el paciente está consciente, facilitarle papel y lápiz para que pueda comunicarse, es importante durante el día levantarlo, hablarle y favorecer sus gustos sea las lecturas, dibujos, música, etc.,

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1. TÍTULO DE LA PROPUESTA

Guía preventiva para reducir enfermedades cardiovasculares en la rehabilitación del paciente con accidente cerebrovascular

5.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La enfermedad cerebro vascular (ECV) constituye una gran carga social, de salud y económica, pues genera una importante demanda de cuidados integrales y de inversión tanto para el paciente como para su familia en las instituciones de salud; igualmente repercute sobre la calidad de vida del paciente y sus cuidadores, tal y como ocurre con los otros tipos de enfermedades crónicas y tratamientos (Armendariz, 2014).

La calidad de vida de un paciente con este tipo de diagnóstico según la Organización Mundial de la Salud se define como la “percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual vive con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (OMS O. M., 2015).

Por otra parte, la calidad de vida relacionada con salud se ha definido como el valor que se asigna a la duración de la vida que se modifica por la incapacidad, estado funcional, percepción individual y las consecuencias sociales para el individuo; las actividades de vida diaria han sido medida por diferentes instrumentos que evalúan una amplia gama de dimensiones diseñadas para todo tipo de pacientes con diferentes patologías. La importancia de esta medición reside en que permite destacar el estado funcional del paciente, que refleja su salud física, mental, emocional y social (Armendariz, 2014).

Es por ello que se justifica este tema investigativo ya que el objetivo es valorar la calidad de vida relacionada con la salud a través del instrumento para medir la independencia de la calidad de

vida en pacientes que han padecido enfermedad cerebrovascular y relacionar estas determinaciones con características sociodemográficas.

5.3. FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Un factor de riesgo es algo que acrecienta su probabilidad de sufrir un ECV. El cual algunos factores de riesgo para el accidente cerebrovascular no se pueden cambiar, pero otros si se los puede evitar, previniendo estos factores de riesgo ayudará a llevar una vida más larga y saludable, normalmente se le conoce como cuidados preventivos.

En Ecuador, las tasas de mortalidad cardiovascular ajustadas por edad han disminuido gracias a los progresos terapéuticos en problemas como accidentes cerebrovasculares y cardiopatía coronaria; debido a propuestas establecidas por investigadores, sin embargo, en términos porcentuales, las ACV constituyen la primera causa de muerte en el país. El año 2018 fallecieron 25.744 personas en todo el país por esta causa, con una tasa de 149,3 por cien mil habitantes, lo que representa un 27,1% de todas las muertes de ese mismo año. Los principales componentes de la mortalidad cardiovascular son las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebro-vasculares, las que dan cuenta de casi dos tercios del total de las defunciones del grupo, con 7197 y 8736 defunciones, las que corresponden a una tasa de 41,7 y 50,6 por cien mil habitantes, respectivamente, ese mismo año (INEC I. N., 2018).

Para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las ACV, Ecuador cuenta desde el año 2012 con el Programa de Salud Cardiovascular del Ministerio de Salud Pública. Este programa cambió el enfoque terapéutico desde uno dirigido a tratar factores de riesgos aislados, a otro que considera el riesgo global de ACV del individuo. Este Programa de Salud, propone dos alternativas para evaluar el riesgo cardiovascular de las personas: una cualitativa que considera la presencia de factores de riesgo cardiovascular mayores modificables (Hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo y dislipidemias); y una cuantitativa, utilizando los puntajes de riesgo del estudio para predecir riesgo coronario a 10 años. Estos instrumentos agrupan a los individuos en cuatro categorías de riesgo (bajo, moderado, alto o máximo), lo que determina, a su vez, las metas e intervenciones terapéuticas (MSP, 2012).

Por tal situación es que este tema investigativo propone una Guía preventiva para evitar complicaciones cardiovasculares en la rehabilitación del paciente con accidente cerebrovascular, considerándolo como un material de gran importancia y más aun de mucho beneficio para los familiares y paciente que padecen este tipo de enfermedad asociándolo a una discapacidad, ya que a través de este instrumento se conseguirá trabajar la correcta realización de terapias consiguiendo una calidad mejor calidad de vida y auto independencia eficiente, tomando en cuenta las exigencia y competencias que requiere esta prácticas.

5.4. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

5.4.1. Objetivo General

- Elaborar una guía de prevención de complicaciones cardiovasculares en la rehabilitación del paciente con accidente cerebrovascular, con técnicas y actividades que proporcione al paciente desarrollo de independencia sin causar problemas cardiovasculares que complique su recuperación durante el tratamiento, que además contenga referencias sobre: un objetivo específico, descripción de la técnica y actividad, procedimientos a seguir y materiales a utilizarse.

5.4.2. Objetivo Específico

- Diseñar propuesta de intervención para dar solución al problema encontrado.
- Elaborar alternativas de solución que permitan minimizar o atenuar el problema de salud.
- Desarrollar la guía preventiva para el tratamiento y la prevención de un accidente cerebrovascular de acuerdo a las recomendaciones que establece la OMS.
- Socializar con los familiares y pacientes que se atienden en el Hospital General IESS Milagro, del cantón de Milagro sobre el uso y beneficio que brinda la Guía preventiva para evitar complicaciones cardiovasculares en la rehabilitación del paciente con accidente cerebrovascular con técnicas y actividades que proporcione al paciente desarrollo de independencia.

5.5. UBICACIÓN

País: Ecuador

Provincia: Guayas

Cantón: Milagro

Parroquia: Milagro

Dirección: Cdla. San Miguel Av. Miguel Campodónico entre Miguel Ascázubi y Calle D

Nombre de la Institución: Hospital General IESS

Actividad Económica: Prestador de Servicio de Salud Pública

5.6. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DE LA PROPUESTA

La factibilidad de este tema de estudio y del desarrollo de la Guía preventiva para evitar complicaciones cardiovasculares en la rehabilitación del paciente con accidente cerebrovascular con técnicas y actividades que proporcione el desarrollo de independencia del paciente, se encuentra fundamentada por la necesidad de dar solución a la problemática descrita, puesto que no admite una solución total al problema, pero se procura minimizar el impacto negativo que causa el nivel de secuela que deja este tipo de padecimiento en una persona, lo cual se asocia a una discapacidad, ya que esta propuesta mejoraría el escenario real de estas personas con este tipo de problemas brindando así una eficiente rehabilitación.

5.7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

5.7.1. Actividades

MOVILIZACIONES PASIVAS REALIZADAS POR EL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE

Antes de realizar cualquier actividad de la vida diaria en fase aguda realizar los siguientes movimientos o ejercicios en una serie de 10 repeticiones.

1.- Movilización pasiva de hombro



Abrazando firmemente la axila con una mano, y con la otra levantar el brazo del paciente.

2.- Movilización pasiva del codo (si el/la paciente tiene espasticidad no realizar más de 5 repeticiones de flexión de codo)



Con el codo descansando sobre la cama, flexionarlo y extenderlo, llevándolo primero hacia el hombro y luego hacia la cama

3.- Movilización global de muñeca y dedos



Agarrando la mano de esta forma, movilizamos la muñeca arriba y abajo. Luego se abren y cierran todos los dedos a la vez.

4.- Movilización pasiva de cada dedo



Movilizamos dedo por dedo, estirándolos y flexionándolos lentamente.

MOVILIZACIONES EN POSICIÓN SENTADO

5.- Ejercicios de prensión

Con estas actividades se contribuye a mejorar el equilibrio del tronco para que el paciente pueda realizar las actividades de la vida diaria en alimentación, la que también ayuda al vestido de miembros inferiores.



Se le indica al paciente que debe coger un objeto, como se muestra en la figura, colocado a un lado del cuerpo, y a una altura determinada, luego lo pasará con ambas manos al otro lado del cuerpo y lo dejará a una altura menor.

6.- Ejercicios de miembro superior y flexión del tronco.



Con las manos entrecruzadas, bajar lentamente hasta tocar el suelo con los nudillos.

MOVILIZACIONES EN BIPEDESTACIÓN (DE PIE) HECHAS POR EL PROPIO PACIENTE

Estos ejercicios favorecen a las actividades de la vida diaria en vestido de miembros inferiores y superiores estos ejercicios realizarlos en repeticiones de 10 series, con esta actividad también se fortalece el equilibrio en bipedestación-

7.- Ejercicios de equilibrio con apoyo bipodal



Con la pierna no afecta, dará un paso hacia delante y luego hacia atrás (cerca de algún sitio donde pueda agarrarse)

8.- Ejercicios de equilibrio apoyando una pierna



Levantar la pierna sana, flexionando la cadera y mantener el equilibrio apoyándose en la afecta (Cerca de algún sitio donde pueda agarrarse).

AVD dedicadas al vestirse y desvestirse, se comenzará por el lado con debilidad, tanto en camisetas o chaquetas como para pantalones (para el desvestido sería a la inversa, se comienza por el lado con mayor fuerza), ya que suponen una protección hacia ese lado, foco de lesiones por malos movimientos, y una ayuda en las actividades de la vida diaria.



AVD EN ALIMENTACIÓN: SE PUEDE REALIZAR CON ADAPTADORES

Si existe movimiento a nivel de codo, pero no logra coger con precisión y destreza el cubierto, el terapeuta ocupacional elaborará una adaptación para que pueda coger el cubierto y a su vez se diseñara bordes de platos para que pueda llevar la comida a dicho tope y pueda realizar esta actividad de alimentación de manera independiente.



TRANSFERENCIA DE SENTADO EN LA CAMA A LA SILLA DE RUEDAS, SILLA

- Se deberá colocar la silla de ruedas o la silla, lateral a la cama formando un ángulo de 90°. Por supuesto, FRENADA.
- El lado de la silla que está pegado a la cama corresponderá al lado sano del paciente.
- Deberá tener el reposabrazos quitado para facilitar la transferencia (si aún persiste la inestabilidad se puede colocar una almohada o similar entre la cama y el asiento de la silla. De esta forma si se agota durante la transferencia podrá quedar en la mitad del recorrido sin haber riesgo de caída).
- Debemos pasar de sentado a de pie (como se explica a continuación) y dirigirse hacia el reposabrazos contrario.
- Con pasos cortos pero seguros podrá ir hacia el asiento de la silla.



TRANSFERENCIA DE SENTADO EN LA CAMA A DE PIE BIPEDESTACIÓN

Es importante asegurarse de que los pies están alineados. Es común que el paciente tienda a levantarse con la “pierna afectada” más adelantada de forma que no carga peso sobre ella, pero tanto para el entrenamiento de la fuerza e integración de ese lado como para el equilibrio y la estabilidad de la transferencia, esta tarea se debe hacer con las dos piernas. Cogiendo ambas manos el paciente deberá llevarlas hacia el centro y abajo sobrepasando las rodillas. De esta forma se transfiere el peso desde el asiento hacia los pies, activando el enderezamiento de todo el cuerpo.



5.7.2. Recursos, análisis financiero

Talento Humano

Comprende a las personas que intervienen dentro de este tema investigativo como lo son los pacientes entre edades comprendidas de 40 a 60 años de edad, terapeuta ocupacional, familiar del paciente del área de rehabilitación del Hospital General IESS Milagro. De la misma manera el autor de la investigación y el tutor que guía este tema investigativo.

Materiales

Todos los instrumentos precisos utilizados antes y durante el proceso de investigación del proyecto propuesto, la elaboración y socialización del mismo. Entre estos: 1 Resma de hoja A4, plumas, vaso, cuchara, tenedor, cuchillo, plato, servilleta, toalla, ropa, cepillo de diente, peineta, escoba, sabana, almohada.

Tecnológico

Para la realización tanto del proyecto como la propuesta se requiere de Computadoras, proyector, impresora, e internet.

Recursos Financieros

Esta investigación cuenta con un presupuesto favorable para la ejecución de la misma, de acuerdo a los cálculos efectuados, que se requerirá para poder elaborar y presentar este proyecto.

Recursos y medios de trabajo

RECURSOS HUMANOS		
DETALLE	CANTIDAD	TOTAL
Paciente	250	250
Terapeuta ocupacional	1	1
Familiar	250	250
Autor del Proyecto – Lcdo. Giancarlo Salazar	1	1
Tutor del Proyecto	1	1
RECURSOS MATERIALES		
DETALLE	CANTIDAD	TOTAL
Resmas de hoja A4	1	3,50
Plumas	2	0,50
Vaso	1	1,50
Cuchara	1	1,50
Tenedor	1	1,50

Cuchillo	1	1,50
Plato	2	3,00
Copias	250	10,00
Toalla	1	5,00
Ropa	5	30,00
cepillo de diente	250	40,00
Servilleta	250	3,00
Peineta	1	1,00
Almohada	1	8,00
Escoba	1	3,00
Sabana	1	15,00
TOTAL		126,00
RECURSOS TECNOLÓGICOS		
DETALLE	CANTIDAD	TOTAL
Computadora	1	10,00
Proyector	1	10,00
Impresora	1	10,00
Internet	Varias horas	15,00
TOTAL		37,00

5.7.3. Impacto

El desarrollo de la presente propuesta busca ser un referente para las instituciones de salud ya que según la perspectiva de la problemática indicada, examina a través de la sociabilización y rehabilitaciones a través de terapias ocupacionales, brindar soluciones prácticas por medio de técnicas y actividades para proponer una calidad de vida relacionada con la salud a través del instrumento para medir la independencia en pacientes que han padecido enfermedad cerebrovascular y los cuales se asocian a una discapacidad.

El impacto que brinda esta propuesta es directamente en los en pacientes con ACV asociados a una discapacidad, estableciendo un vínculo de labor asistencial entre pacientes y familiares puesto que su recuperación depende prioritariamente del nivel actividades en relación a técnicas y prácticas que despliegan el desarrollo de la rehabilitación.

5.7.4. Cronograma

Diagrama de Gantt																			
No	ETAPAS	2017				2018												2019	
		sept	Oct	nov	dic	Ener	feb	mar	abril	may	jun	jul	ago	sept	oct	nov	dic	ene	feb
1	Selección y delimitación del tema y planteamiento del problema																		
2	Formulación de objetivos general, específicos.																		
3	Elaboración de la justificación y delimitación de la investigación																		
4	Propuesta de hipótesis y variables																		
5	Preparación del marco teórico de la investigación																		
6	Identificación del marco legal de la investigación																		
7	Definición de conceptos y términos básicos																		
8	Preparación del marco metodológico de la investigación																		
9	Preparación del marco metodológico de la investigación																		
10	Análisis y procesamiento de los datos, resultados de la investigación																		

Elaborado por: Giancarlo Salazar Olaya

5.7.5. Lineamientos para evaluar la propuesta

Los lineamientos utilizados para poner en marcha esta propuesta desde sus inicios fue la realización y validación de una ficha de observación para evaluar la independencia de actividades de vida diaria la cual está dirigida a los pacientes que han padecido de accidentes cerebrovasculares que recurren a rehabilitación al Hospital General IESS, con el fin de mantener una recuperación satisfactoria a la discapacidad consecuencia de esta enfermedad.

El análisis de eficiencia que conllevara la guía en las actividades y técnicas que se aplicarán facilitarán la evaluación de la propuesta en este tema investigativo, por medio de un seguimiento a los procesos de rehabilitación que se desplegarán en el área de terapia ocupacional, de manera que así se podrá comprobar la mejoría del paciente y la eficiencia del trabajo investigativo a través del material propuesto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARMENDARIZ, A. (2014). Enfermedades Cardiovasculares. Argentina.
2. ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, A. (28 de septiembre de 2015). Declaracion Universal.
3. CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR. (2008). Elementos Constitutivos del Estado. Quito-Ecuador: Asamblea Constituyente. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf.
4. DE LA ROSA, J. M., & Acosta Silva, M. (2017). Posibles factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial en tres barrios de Esmeraldas, Ecuador. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 21(3), 361-369.
5. ENSANUT, M. (2014). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT. Quito.
6. GOLDMAN, L. A. (2013). Estudio de enfermedades Cerebrovasculares. España: Sociedad de Neurlogia.
7. HENSE, H. (2015). Accidentes cardiovasculares. Bogota.
8. HOLGUIN, M. (2012). Evento Cardio Vascular. Argentina.
9. HOLMENS, g. (2015). Enfermedades Cardiovasculares: definiciones y tipos. Chile.
10. HUERTAS, A., & Pérez, A. (03 de Junio de 2018). Actividades de vida diaria en paciente con ACV. Medellin, pág. 6.
11. HURTADO NOBLECILLA, Emmanuel, Bartra Aguinaga, Angie, Osada Liy, Jorge, León Jiménez, Franco & Ochoa Medina, Milagros. (2019). Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome isquémico coronario agudo, Chiclayo. *Revista Médica Herediana*, 30(4), 224-231. <https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v30i4.3657>.
12. INEC. (2014). Principales causas de mortalidad: . Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>
13. INEC, I. N. (2018). Patologías ACV 2018. Quito.
14. INGRASSIA, V. (2017). Un ACV mata dos millones de neuronas por minuto. *Salud* , 14.
15. KANNEL, W. (2014). Factores Riesgo en ACV. España.
16. KENNEDY, E. (2016). ¿Cuántas personas tienen o corren el riesgo de tener un accidente cerebrovascular? *Nichd*.

17. KUNSTMANN, S. (2016). Validación de riesgos cardiovasculares.
18. LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE, M. (2006). Atención al usuario. Quito: Ministerio de Salud Pública, Congreso Nacional. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona_santiago/images/stories/PDF/LOTAIP/2%20Informacion%20Legal/Normas%20de%20Regulaci%C3%B3n/LEYDEDERECHOSYAMPAROALPACIENTE.pdf
19. LEY ORGÁNICA DE LA SALUD, M. (2006). Responsabilidades. Quito - Ecuador: Registro Oficial Suplemento. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%20NICA-DE-SALUD4.pdf>
20. LOPEZ RAMIREZ, F. (2015). Factores de Riesgo Cardiovascular en trabajadores de la división el Teniente De Codelco. Chile: Universidad de Chile.
21. LOPEZ, R. (2015). Accidentes Cardiovasculares. Guayaquil: Universidad Estatal de Guayaquil.
22. MARINE, L. (20 de Febrero de 2019). Qué es la enfermedad cardiovascular. 12. (G. Salazar, Entrevistador)
23. MARRUGAT, J. (2015). Riesgos Cardiovasculares.
24. MENDOZA, R. (2015). Terapia ocupacional en actividades de vida diaria. Medellín.
25. MENOTTI, A. (2017). Enfermedades cardiovasculares; Eventos y Tratamientos.
26. MIF, C. d. (2014). Medida de la independencia funcional.
27. MORALES, Celi, Carlos, Salas, Carlos, Álvarez, Cristian, Aguilar Farías, Nicolás, Ramírez Campillos, Rodrigo, Leppe, Jaime, Cristi-Montero, Carlos, Díaz Martínez, Ximena, Duran, Eliana, Labraña, Ana María, Martínez, María Adela, Leiva, Ana María, & Willis, Naomi. (2015). Un mayor nivel de actividad física se asocia a una menor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en Chile: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009- 2010. *Revista médica de Chile*, 143(11), 1435-1443. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015001100009>
28. MORENO ZAMBRANO, Santamaría D. Ludeña C, Barco A, Vásquez D y Santibáñez-Vásquez R. (2016). Enfermedad Cerebrovascular en el Ecuador: Análisis de los Últimos 25 Años de Mortalidad, Realidad Actual y Recomendaciones. *Rev. Ecuat. Neurol.* Vol. 25, No 1-

- 3, 2016. Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2017/05/Enfermedad-cerebrovascular-ecuador-analisis-mortalidad.pdf> (2016).
29. MSP, M. d. (2012). Programa de Salud Cardiovascular. Ecuador.
30. NAVAS, M. E. (01 de 2015). Nuevo Mundo . Obtenido de Nuevo Mundo : https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/09/110913_derrame_cerebral_america_latina_men
31. NEVOLI, A. M. (2012). El lugar de la grafomotricidad en el aprendizaje de la lectoescritura. Quito - Ecuador: UCE.
32. NÚÑEZ, S., Aglae, D., & Simancas, D. (2018). Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Ecuador 2001 – 2015: estudio de tendencias, aplicación del modelo de regression jointpoint. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(1), 16-22. Obtenido de <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2018/09/Mortalidad-por-enfermedades-cerebrovasculares.pdf>
33. OMS. (2 de Mayo de 2019). Accidente cerebrovascular. (O. M. Salud, Editor) Obtenido de ACV el concepto ESUS: https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/
34. OMS, O. M. (2015). Accidentes Cerebrovasculares.
35. ORAMAS HERNÁNDEZ, Lissette, Lugones Botell, Miguel, & Massip Nicot, Julliette. (2016). Riesgo cardiovascular en mujeres de edad mediana en el Policlínico "Mártires del Corynthia". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1) Recuperado en 20 de marzo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100010&lng=es&tlng=es.
36. ORTIZ GARCÍA, J. G. (2018). La Enfermedad Cerebrovascular en Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(1), 7-8. Obtenido de <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rneuro/v27n1/2631-2581-rneuro-27-01-00007.pdf>.
37. ORTIZ, R. &. (2017). Hipertensión arterial y su comportamiento epidemiológico en la población rural de Cumbe, Ecuador. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(5), 109-118. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1702/170254309002>
38. PADILLA, E. (2012). Alimentacion balanceada.
39. SANCHEZ, Y. (21 de julio de 2019). Programa adultos Mayores IESS. (G. Salazar, Entrevistador)

40. SAUNDERS. (2013). Prevalencia de enfermedades cardiovasculares y de factores de riesgo cardiovascular en mayores de 65 años de un área urbana: estudio DERIVA. *Revista ELSEVIER*, 45(7), 349-357. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-enfermedades-cardiovasculares-factores-riesgo-S0212656713000486>
41. SCHAFER, A. (2013). Encuesta Nacional de factores de riesgo. Tercera Encuesta Nacional de factores de riesgo , (pág. 2). Malaga.
42. SCHERLE, C., Rivero, D., Di Capua, D., & Maldonado, N. (2018). Retardo en la llegada de pacientes con ictus isquémico a un hospital terciario de Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(1), 51-55. Obtenido de http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812018000100051&lng=es&tlng=es.
43. SCHERR, CARLOS, & Ribeiro, Jorge Pinto. (2009). Género, edad, nivel social y factores de riesgo cardiovascular: consideraciones sobre la realidad brasileña. *Archivos Brasileiros de Cardiología*, 93(3), e54-e56. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009000900022>.
44. SERRANO, M. (2015). Tipos de Investigacion.
45. Soletano, A. (2012). Estudios investigativos sobre intervenciones de adultos hemiplejicos. Colombia.
46. SOUZA, a. (2016). Accidentes Cardiovasculares.
47. TOTH, P. (2016). Afecciones Cardiovasculares.
48. VEGA ABASCAL, Jorge, Guimará Mosqueda, Mayra, & Vega Abascal, Luis. (2011). Cardiovascular risk, a useful tool for prevention of cardiovascular diseases. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 91-97. Recuperado en 20 de marzo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100010&lng=es&tlng=en.
49. WEPFER, J. (2010). Patología de la Apoplejia. *Medicina Neurologica*, 9.
50. ZUBELDIA LAUZURICA, L., Quiles Izquierdo, J., Mañes Vinuesa, J., & Redón Más, J. (2016). Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. *Revista Española de Salud Pública*, 90(1), 1-11. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e40006.pdf>

Anexos

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



TEMA: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN AVD DE PACIENTES CON ECV, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL IEISS MILAGRO DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 2018 Y AGOSTO DE 2019.

Objetivo General

- Identificar los factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, atendidos en el Hospital General IEISS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019.

Objetivos Específicos

- Determinar los factores de riesgo cardiovascular que influyen en las AVD, según variables sociodemográficas de interés investigativo y nivel de dependencia de los pacientes con evento cerebrovascular.
- Relacionar el nivel de dependencia identificado en los pacientes diagnosticados por ECV, con los tipos de terapia de Medicina Física y de Rehabilitación que forman parte del accionar de Terapia Ocupacional para la atención a este tipo de enfermo.
- Identificar las acciones educativas dirigidas a la prevención de factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, según factores de riesgo y nivel de dependencia.

Ficha de Recolección de Datos	Validez	Pertinencia	Coherencia
<ul style="list-style-type: none"> Objetivo General: Factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, atendidos en el Hospital General IESS Milagro durante el período comprendido entre enero de 2018 y agosto de 2019. 			
<p>Factores de riesgo cardiovasculares</p> <p>1. Tipos de Factores</p> <p>A) Modificables <input type="checkbox"/> B) No Modificables <input type="checkbox"/></p>			
<p>2. Modificables</p> <p>A) Tabaquismo <input type="checkbox"/> B) Índice de masa corporal (IMC) <input type="checkbox"/></p> <p>C) Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/> D) Estrés <input type="checkbox"/></p>			
<p>3. No Modificable</p> <p>A) Hipertensión <input type="checkbox"/> B) Diabetes <input type="checkbox"/></p>			
<ul style="list-style-type: none"> Objetivo Especifico N°1: Determinar los factores de riesgo cardiovascular que influyen en las AVD, según variables sociodemográficas de interés investigativo y nivel de dependencia de los pacientes con evento cerebrovascular. 			
<p>4. Género</p> <p>A) Masculino <input type="checkbox"/> B) Femenino <input type="checkbox"/></p>			
<p>5. Rango de Edad</p> <p>A) 40 – 50 Años <input type="checkbox"/> B) 51 – 60 Años <input type="checkbox"/> C) Más de 60 Años <input type="checkbox"/></p>			
<p>6. Tipo de Seguro</p>			

<p>A) Campesino <input type="checkbox"/> B) Extensión cobertura a cónyuge <input type="checkbox"/> C) Hijos menores a 18 Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D) Jubilados <input type="checkbox"/> E) Montepío <input type="checkbox"/> F) Seguro general <input type="checkbox"/> G) Voluntario <input type="checkbox"/></p>			
<p>• Objetivo Especifico N°2: Relacionar el nivel de dependencia identificado en los pacientes diagnosticados por ECV, con los tipos de terapia de Medicina Física y de Rehabilitación que forman parte del accionar de Terapia Ocupacional para la atención a este tipo de enfermo.</p>			
<p>7. Dependencia A) Completa independencia <input type="checkbox"/> 52 B) Independencia moderada <input type="checkbox"/> 9 F) Máxima Asistencia <input type="checkbox"/></p>			
<p>8. Autocuidado A) Alimentación <input type="checkbox"/> B) Acicalamiento <input type="checkbox"/> C) Bañarse <input type="checkbox"/> D) Vestirse parte superior del cuerpo <input type="checkbox"/> F) Vestirse parte inferior del cuerpo <input type="checkbox"/> G) Aseo intimo <input type="checkbox"/> H) Manejo de vejiga <input type="checkbox"/> I) Manejo Intestino <input type="checkbox"/> J) No lo realiza <input type="checkbox"/></p>			
<p>9. Transferencia A) Cama, asiento, silla de ruedas <input type="checkbox"/> B) Sanitarios <input type="checkbox"/> C) Tina, ducha <input type="checkbox"/> D) Con ayuda <input type="checkbox"/> D) No lo realiza <input type="checkbox"/></p>			
<p>10. Locomoción A) Caminar/ Sillas de Rueda <input type="checkbox"/> B) Escaleras <input type="checkbox"/> C) Con ayuda <input type="checkbox"/> D) No lo realiza <input type="checkbox"/></p>			
<p>11. Comunicación A) Compresión <input type="checkbox"/> B) Expresión <input type="checkbox"/> D) con dificultad <input type="checkbox"/> D) No lo realiza <input type="checkbox"/></p>			

12. Cognición Social A) Interacción social <input type="checkbox"/> B) Solución de problemas <input type="checkbox"/> C) Memoria <input type="checkbox"/> D) Complicación <input type="checkbox"/>			
Objetivo Especifico N°3: • Identificar las acciones educativas dirigidas a la prevención de factores de riesgo cardiovascular en AVD de pacientes con ECV, según factores de riesgo y nivel de dependencia.			
13. Terapia Física A) Movimientos Activos <input type="checkbox"/> B) Movimiento Activos Asistidos <input type="checkbox"/> C) Movimientos Asistidos <input type="checkbox"/>			
14. Terapia Ocupacional A) Actividades de la vida diaria <input type="checkbox"/> B) Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> C) Terapia Funcional <input type="checkbox"/>			

Excelente	100
Leves Cambios	50
Cambios	25

NOMBRE:

TÍTULO ACADÉMICO:

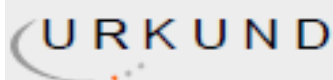
TRABAJA:

CI:

R.PROF.COD:

Firma: _____

ANEXO 2. PRUEVA DE PORCENTAJE DE PLAGIO EN URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: 5 Rev TESIS Giancarlo Salazar URKUND 7 mayo 2020.docx (D70388617)
Submitted: 5/7/2020 3:33:00 PM
Submitted By: cgafas@unach.edu.ec
Significance: 4 %

Sources included in the report:

TESIS CONSUMO EXCESIVO DE SAL Y SU RELACION CON EL RIESGO CRADIOVASCULAR.docx (D50268331)
YURI-PROYECTO INVESTIGATIVO COMPLETO.docx (D50214798)
BONIFAZ AGUAIZA SORAYA ANDREINA.docx (D64987947)
TESIS COMPLETA CASTRO DAUL.docx (D15164895)
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3657>
http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona_santiago/images/stories/PDF/LOTAIP/2%20Informacion%20Legal/Normas%20de%20Regulaci%C3%B3n/LEYDERECHOSYAMPAROALPACIENTE.pdf
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/09/110913_derrame_cerebral_america_latina_men
<http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2018/09/Mortalidad-por-enfermedades-cerebrovasculares.pdf>
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-enfermedades-cardiovasculares-factores-riesgo-S0212656713000486>
<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e40006.pdf>
https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5915/dominguez.pdf
<https://worldwidescience.org/topicpages/e/enfermedad+cardiovascular+evidencias.html>

Instances where selected sources appear:

27