



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Mortalidad y discapacidad posterior a un primer episodio de Enfermedad Cerebro Vascular en la ciudad de Guayaquil en el periodo 2016-2017, Estudio multicéntrico

AUTOR (ES):

Calderón Salavarría Karla

Cañizares Villalba María José

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO GENERAL**

TUTOR:

Dr. Diego Vásquez Cedeño

**Guayaquil, Ecuador
4 de Septiembre del 2017**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Calderón Salavarría Karla y Cañizares Villalba María José, como requerimiento para la obtención del título de Médico general

TUTOR (A)

f. _____
Dr. Diego Vásquez C

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Juan Luis Aguirre

Guayaquil, a los 4 días del mes de Septiembre del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Karla Andrea Calderón Salavarría

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, *“Mortalidad y discapacidad posterior a un primer episodio de Enfermedad Cerebro Vascular en la ciudad de Guayaquil en el periodo 2016-2017, Estudio multicéntrico”*, previo a la obtención del título de **Médico general** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 4 días del mes de Septiembre del año 2017

LA AUTORA

f. _____
Calderón Salavarría Karla



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, María José Cañizares Villalba

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, *“Mortalidad y discapacidad posterior a un primer episodio de Enfermedad Cerebro Vascular en la ciudad de Guayaquil en el periodo 2016-2017, Estudio multicéntrico”*, previo a la obtención del título de **Médico general** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 4 días del mes de Septiembre del año 2017

EL AUTOR (A)

f. _____
Cañizares Villalba María José



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Karla Andrea Calderón Salavarría

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, ***“Mortalidad y discapacidad posterior a un primer episodio de Enfermedad Cerebro Vascular en la ciudad de Guayaquil en el periodo 2016-2017, Estudio multicéntrico”***, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes de Septiembre del año 2017

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Calderón Salavarría Karla



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

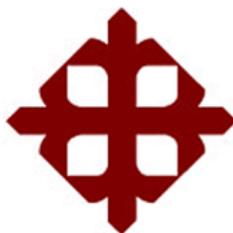
Yo, María José Cañizares Villalba

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, "***Mortalidad y discapacidad posterior a un primer episodio de Enfermedad Cerebro Vascular en la ciudad de Guayaquil en el periodo 2016-2017, Estudio multicéntrico***", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes de Septiembre del año 2017

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Cañizares Villalba María José



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Guido Tutivén Jaramillo

f. _____

Dr. Fuad Huaman Garaicoa

f. _____

Dr. Andrés Zúñiga Vera

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la fortaleza y la oportunidad de culminar un paso más en mi formación como médico.

Dedico de manera muy especial e importante este trabajo a mis padres y a mi hermano por siempre apoyarme y por estar a mi lado para ayudarme a superar los momentos difíciles durante todos estos años a lo largo de mi carrera de medicina.

Karla Calderón Salavarría

DEDICATORIA

A Dios por darme la vocación a la medicina y a la Virgen por guiarme en este camino.

A mi familia por acompañarme incondicionalmente en que cada paso que doy.

A mi querido maestro Dr. Jorge Romoleroux.
Y finalmente a mi compañera de tesis y tutor, nada hubiera sido posible sin ustedes.

María José Cañizares Villalba

ÍNDICE

Tabla de contenido

RESUMEN	X
INTRODUCCIÓN	2
DESARROLLO	4
Marco teórico	4
1.1 Definición	4
1.3 Clasificación.....	5
1.4 Diagnóstico	7
1.5 Tratamiento.....	8
1.6 Discapacidad y Morbilidad	9
Materiales y métodos.....	11
Resultados	12
Discusión	15
CONCLUSIONES	18
RECOMENDACIONES.....	18
REFERENCIAS	19

RESUMEN

Objetivo: Identificar el grado de discapacidad y mortalidad después de un primer episodio de ictus. **Métodos:** Mediante un estudio de cohorte; observacional y analítico se evaluaron a 152 pacientes con diagnóstico de primer episodio de ECV atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo y en el Hospital Abel Gilbert Pontón, dentro del periodo de octubre-diciembre 2016 con un seguimiento a los 6 meses. Los datos se recolectaron mediante revisión de historias clínicas y encuestas en base a la escala de Rankin Modificada. Se midieron variables como factores de riesgo, datos sociodemográficos, mortalidad, grado de discapacidad y asistencia a rehabilitación. **Resultados:** La mayoría de pacientes diagnosticados fueron hombres (61.84%) y el factor de riesgo más prevalente hipertensión (57,24%). Se observó que un 39.47% de pacientes fallecieron dentro del periodo de nuestro estudio. Encontramos un mayor porcentaje de pacientes con discapacidad moderada (29.35%) y asistencia a rehabilitación (52.17%). Además hallamos que cada vez que el paciente asiste a terapia física disminuye el grado de Rankin en un 0,63 (OR=0,63) ($p=0,34$). **Conclusiones:** En este estudio se determinó que existe un porcentaje importante de discapacidad post ECV y que la rehabilitación tiene un efecto benéfico sobre el paciente. Intervenir en los factores de riesgo disminuiría la incidencia de esta enfermedad.

Palabras clave: ictus- mortalidad- evaluación de discapacidad- rehabilitación- calidad de vida- evaluación de resultados

ABSTRACT

Objective: Identify the disability and mortality after a first episode of stroke.

Methods: An observational, analytical and cohort study of 152 patients with diagnosis of first episode of stroke treated at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital and Abel Gilbert Pontón Hospital were evaluated between October-December 2016 with a follow-up at 6 months. Data were collected by reviewing clinical records and surveys based on the Modified Rankin scale. Variables such as risk factors, sociodemographic data, mortality, degree of disability and rehabilitation assistance were measured. **Results:** Most patients diagnosed were males (61.84%); the most prevalent risk factor was hypertension (57.24%). It was observed that 39.47% of patients died within the period of our study. We found a higher percentage of patients with moderate disability (29.35%) and rehabilitation assistance (52.17%). In addition, each time the patient attends physical therapy, the Rankin grade decreases by 0.63 (OR= 0.63) ($p = 0.34$). **Conclusions:** This study determined that there is a significant percentage of post stroke disability and that rehabilitation has a beneficial effect on patients. Intervening in our risk factors would reduce the incidence of this disease.

Key words: stroke- mortality- disability evaluation- rehabilitation- quality of life- outcome assesment

INTRODUCCIÓN

El evento o enfermedad cerebrovascular (ECV) engloba un grupo de enfermedades caracterizadas por una disfunción neurológica súbita, debida a una alteración del flujo sanguíneo que resulta en un déficit neurológico persistente acompañado por anomalías características en los estudios de imágenes cerebrales. Se clasifica en ECV isquémico y hemorrágico; y este a su vez en hemorragia intraparenquimatosa y hemorragia subaracnoidea. Cada cual con sus diferentes causas descritas en la literatura. ¹

Según la OMS un total de 15 millones de personas sufren cada año de ECV; siendo esta a su vez la segunda causa de defunción superada solo por las patologías de etiología cardíaca. Por tales motivos es de vital importancia considerar a la enfermedad cerebrovascular como un problema de salud pública. ^{2,3}

En datos encontrados en el registro de defunciones publicado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de nuestro país, se destaca que en el año 2010 la enfermedad cerebrovascular ocupaba el quinto lugar dentro de las 10 principales causas de defunción durante ese año con un 5.30% que equivale a 3.269 de 61.861 muertes. Para el año 2011, las enfermedades cerebrovasculares pasaron a ser la tercera causa principal de defunciones en nuestro país con una tasa del 25,74, con un 6.31% lo cual corresponde a 3.930 de un total de 62.304 fallecimientos. ⁴

En el año 2014 el ECV sigue ocupando el tercer lugar luego de la cardiopatía isquémica y Diabetes Mellitus con una tasa de 23.57, 3777 fallecimientos y el 6% de las defunciones generales. ⁵

Se menciona frecuentemente dentro de la literatura, que la enfermedad cerebrovascular debe ser considerada como una afección con incidencia y prevalencia elevadas cuyo riesgo se incrementaría con la edad. ⁶ Existe una preponderancia de la enfermedad en el sexto decenio de la vida;

apareciendo un total de 91.6% de casos de personas fallecidas en individuos de más de 60 años.^{1,7}

En el año 2008, el Centro de Control y Prevención de enfermedades de Estados Unidos (CDC) posicionó a la enfermedad cerebrovascular como la primera causa de discapacidad permanente.³ Representa esta patología a su vez la cuarta causa de años de vida perdidos por discapacidad así como también es considerada la causa más importante de invalidez a largo plazo en el adulto.⁸ Con estos antecedentes se puede decir que la calidad de vida de estos individuos se ve severamente afectada; repercutiendo además sobre su círculo familiar y social.

El ECV puede generar alteraciones en el campo sensorio-motor; como trastornos sensitivos, debilidad/parálisis muscular y/o trastornos del habla; cognitivo y psicopatológico; como demencia, depresión o trastornos emocionales; que en conjunto con diversos escenarios dentro de su esfera familiar y social serán factores determinantes para alterar o no su calidad de vida.⁹

En nuestro país, el estudio de mayor escala que se pudo encontrar fue García-Santibáñez et al, realizado en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo, el cual tenía como objetivo determinar la prevalencia de las distintas características epidemiológicas y factores de riesgo de los pacientes con ictus entre los años 2007-2009. Los resultados de este estudio fueron concordantes con lo relatado tanto en la literatura latinoamericana, así como en la norteamericana. Además, se sugirió que el abordaje de factores de riesgo como hipertensión arterial y diabetes mellitus reduciría dentro de nuestro país la incidencia de esta enfermedad.¹

Los pocos estudios restantes realizados en nuestro país, Guzmán, I et al², Zambrano M et al³, Arízaga Arce et al⁷, Cano et al⁸, se enfocan en la incidencia, prevalencia y factores asociados de la enfermedad. Por lo que no hay un estudio que describa el grado de discapacidad con la que quedan estos pacientes.

DESARROLLO

Marco teórico

1.1 Definición

La AHA y la Asociación Americana de stroke propusieron una definición para el correcto empleo del término: “muerte neuronal en cerebro, médula espinal o retina basada en neuropatología, neuroimagen, y / o evidencia clínica de lesión permanente”.¹⁰

Como ya se mencionó, la enfermedad cerebrovascular es una disfunción neurológica súbita de origen vascular y para el diagnóstico es importante conocer correctamente la neuroanatomía, distinguir entre otros diagnósticos diferenciales, como tumores cerebrales, desórdenes metabólicos, infecciones, procesos desmielinizantes, intoxicaciones o traumas que pueden simular un ictus.⁷

Para esto es importante un estudio imagenológico para confirmar y descartar el presunto diagnóstico. La tomografía computada y la resonancia magnética son las más usadas.

1.2 Factores de riesgo

No modificables¹:

- Edad
- Sexo (más común en hombres)
- Raza (africanos)
- Antecedentes familiares

Modificables¹:

- HTA
- Diabetes Mellitus
- Fibrilación auricular

- Consumo de Tabaco
- Enfermedad cardiovascular
- Dislipidemia
- Abuso de alcohol o drogas
- Anticonceptivos orales

1.3 Clasificación

La enfermedad cerebrovascular se divide en isquémica y hemorrágica; ésta a su vez se divide en intraparenquimatosa y subaracnoidea.

1.3.1.1 *Evento cerebrovascular isquémico*

El evento cerebrovascular isquémico (ECVI) se lo reconsidera como un episodio de disfunción neurológica causada por un infarto en tejido cerebral o médula espinal. La circulación anterior del cerebro es la más común en ser afectada en el 70% de los casos.¹¹

La oclusión puede ocurrir en los vasos intracraneales grandes o en arterias perforantes. El origen más común de esta oclusión es un émbolo proveniente de un estrechamiento aterosclerótico en la bifurcación de la arteria carótida común, proveniente del corazón o de una placa de ateroma en el arco aórtico.¹¹ También puede ser por la combinación de la estenosis ateroesclerótica y la trombosis. Los infartos lacunares se creen que son causados por lipohialinosis de los vasos penetrantes.¹²

Los sitios más comunes de oclusión de la carótida interna son los 2 cm proximales desde el origen, intracraneal y el sifón carotídeo. Los factores que modifican la extensión del infarto son la velocidad de la oclusión y la presión arterial sistémica.¹¹

Hay que considerar también el origen cardioembólico del ictus que constituyen el 20% de los casos. Las fuentes de émbolo incluyen enfermedades valvulares, tumores cardiacos, émbolos paradójicos, entre otras causas.

La causa principal es la fibrilación auricular, especialmente en pacientes ancianos y está relacionada frecuentemente con hipertensión y cardiopatía isquémica. La mayoría de los ictus que se producen a consecuencia de una FA se originan a partir del ventrículo izquierdo, el cual tiene acceso directo a las arterias cerebrales.¹²

Cuando el ECVI es de origen cardioembólico, esta suele aparecer de forma repentina con síntomas neurológicos que son máximos al inicio.¹¹ En general tienen peor pronóstico y producen más discapacidad dentro del grupo de ictus isquémico.

1.3.1.2 Evento cerebrovascular hemorrágico

La hemorragia intracerebral (HIC) y hemorragia subaracnoidea (HSA) son menos comunes, pero tienen un gran impacto en la salud pública debido a su alta mortalidad y morbilidad. Su diagnóstico es netamente por imágenes evidenciándose el sangrado en parénquima cerebral o espacios subaracnoideos y cisternas, respectivamente.¹⁰

Las hemorragias de origen traumático no se consideran como parte del concepto de evento cerebrovascular.

La etiología de la HIC puede ser por ruptura de una malformación arteriovenosa (MAV), aneurismas, hemorragias hipertensivas puras, angiopatía amiloidea y en raras ocasiones por enfermedad de Moyamoya o fístulas durales arteriovenosas. La hemorragia intracerebral por si sola tiene aproximadamente un 40% de mortalidad.¹³

La HSA no traumáticas están asociadas con un 20% a 45% de mortalidad y 10% en discapacidad severa. Las causas son ruptura de aneurismas, MAV, disección arterial, aneurismas micóticos, trastornos hemolíticos, abuso de sustancias, vasculitis y angiopatía amiloidea.¹⁴

Con lo que respecta a la sintomatología de la HIC podemos mencionar que en un 30% de los casos, los pacientes presentan cefalea aislada. Es importante conocer el tiempo e inicio de la actividad si el déficit aparece de

forma repentina. Si el paciente es encontrado en el suelo y sin respuesta por un testigo; una descripción de la escena es frecuentemente de ayuda.¹³

Por otro lado, las hemorragias subaracnoideas se presentan típicamente con un severo y repentino dolor de cabeza usualmente descrito como el peor dolor de cabeza que hayan experimentado. Esta cefalea se acompaña de síntomas como náusea, vómitos, fotofobia, dolor de cuello y pérdida de la conciencia. El examen físico es de vital importancia y este debe estar dirigido hacia la evaluación del nivel de conciencia, signos meníngeos y a la determinación de la presencia de déficits neurológicos focales.¹⁴

1.4 Diagnóstico

Dentro de los métodos diagnósticos para la detección de la enfermedad cerebrovascular; podemos mencionar principalmente a las técnicas de neuroimagen, cuyo aporte se manifiesta en la información topográfica que brindan en relación con esta patología. Dentro de las técnicas mayormente utilizadas tenemos a la Tomografía Computarizada (TAC) y a la Resonancia Magnética (RM).

La importancia de la TAC radica en que nos ayuda a diferenciar aquellas patologías que pudieran simular en ECV como es el caso de los tumores cerebrales y hematomas subdurales además de que nos permite separar una alteración isquémica de una hemorrágica.¹⁰ Por otro lado, la RM nos permite detectar los cambios isquémicos en el tejido cerebral de manera mucho más precoz; siendo esta una gran ventaja. A pesar de lo mencionado; se prefiere a la TAC sobre la RM debido a su rapidez y fácil acceso. Otra desventaja de la RM son sus múltiples contraindicaciones como lo son; el uso de marcapasos, la presencia de objetos metálicos y prótesis metálicas en el cuerpo de los pacientes y por último la claustrofobia.^{8,15}

Es muy importante el método clínico al momento de diagnosticar a la enfermedad cerebrovascular; un adecuado conocimiento de neuroanatomía es importante para la detección oportuna de esta patología. Alteraciones

atribuibles a causas vasculares son casi siempre de tipo focalizadas, a menos que lleven a un aumento de la presión intracraneal que ocasionen una hipoperfusión cerebral global como en el caso de la hemorragia subaracnoidea, infartos masivos o hemorragia intracerebral.¹⁰ Otro punto importante es el conocer en qué lugar del cerebro ocurrió el daño para así de esta forma poder identificar los vasos que pudieran estar potencialmente afectados.

1.5 Tratamiento

En el ictus isquémico es crucial el tiempo de inicio de los síntomas hasta la llegada a una unidad hospitalaria para efectuar fibrinólisis, se estima que el tiempo óptimo es de 3 horas.¹⁶ Lamentablemente la mayoría de pacientes no llegan en este lapso de tiempo, el diagnóstico no se realiza de manera oportuna o tienen contraindicaciones para el tratamiento con tPA, las cuales son considerables en cantidad.

Por lo tanto, en nuestro medio se procede a estabilizar al paciente y prevenir las complicaciones para mantener el área de penumbra que representa el tejido cerebral que no está afectado de forma irreversible y puede ser potencialmente viable.¹⁵

Para esto se controla la presión arterial, la glicemia, el manejo de líquidos, función renal, se evita la hipertermia, la cabecera de la cama debe estar a 30° elevada, entre otras.

La trombólisis intraarterial farmacológica puede indicarse en las primeras 6 horas de evolución y la trombectomía mecánica hasta las 8 horas. La craneotomía descompresiva debe ser considerada en casos seleccionados de hipertensión endocraneana.¹⁵

La HIC es una emergencia neurológica debido a su alta mortalidad de un mes, y puede requerir intervención neuroquirúrgica.^{13,15} Los pacientes deben ser evaluados rápida y eficientemente aplicando el ABDCE y las medidas generales explicadas anteriormente.

Las indicaciones para posibles intervenciones neuroquirúrgicas incluyen pacientes comatosos con herniación transtentorial, hidrocefalia significativa, aquellos con HIC cerebelosa sintomática o hematoma de 3 cm o más de fosa posterior.^{13,14,15}

Como otro eje importante para el tratamiento de la enfermedad cerebrovascular tenemos a la terapia de rehabilitación; que al ser efectuada de manera precoz ha disminuido la mortalidad y secuelas en este tipo de pacientes. En un estudio publicado por M. Murie-Fernández et al, se menciona que cuando se produce el ictus; existe un lapso de tiempo en el que nuestro cerebro es más sensible a experiencias rehabilitadoras, el cual disminuye a medida que van transcurriendo los días.¹⁶

La rehabilitación tiene como finalidad ayudar a los pacientes a recuperar ciertas aptitudes que tras el ECV han perdido. Dentro de las ventajas de iniciar las terapias de manera temprana; podemos mencionar principalmente una significativa mejoría en la recuperación funcional.¹⁷ Se ha demostrado que aquellos pacientes que inician rehabilitación dentro de los primeros 30 días tras un ECV tienden a tener un menor grado de discapacidad que aquellos que demoran más que el tiempo anteriormente mencionado.^{17,18,19}

Cabe destacar que, dentro del proceso de rehabilitación de estos pacientes, es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinario que trabaje de forma continua y coordinada. El enfoque individual con respecto al abordaje interdisciplinario tiene menos resultados ya que aquí no existe un grupo de profesionales que trabajen en equipo trazando objetivos comunes.¹⁷

1.6 Discapacidad y Morbilidad

Como ya se ha mencionado el ECV está en las primeras causas de muerte y discapacidad en el mundo. La morbilidad y mortalidad están asociadas al tipo de ictus, las condiciones del paciente, el tipo de tratamiento, entre otros. Al ser la enfermedad cerebrovascular una alteración neurológica grave; debemos tener en cuenta no solo las repercusiones sensorio-motoras;

cognitivas y psicopatológicas sino también, las circunstancias personales y sociales del paciente que en conjunto determinaran su calidad de vida.^{18,20}

En general, a los 6 meses después de un accidente cerebrovascular, hasta el 30% de los pacientes han fallecido, 20-30% son moderadamente a severamente discapacitados, 20-30% tienen leve a moderada discapacidad, y 20-30% están sin déficit.²¹ Esto datos nos permiten reconocer el impacto que tiene el ECV sobre el estado funcional de cada paciente teniendo como consecuencia un gran riesgo de discapacidad. Por lo tanto, es de vital importancia el uso de herramientas que ayuden a la evaluación funcional de cada paciente para su posterior rehabilitación.

Una herramienta muy usada por los médicos en pacientes que han tenido un episodio de ictus es la escala de Rankin Modificada (mRS); la cual se utiliza para medir el resultado funcional tras un ictus. Con esta escala podemos valorar el grado de discapacidad de los pacientes en cinco niveles; los cuales van desde ausencia de discapacidad a discapacidad severa.

Estudios han reportado que esta escala tiene una excelente confiabilidad, validez y respuesta; sin embargo, la falta de criterios claros con los que se asignan los grados ha sido considerada su principal debilidad.^{22,23}

Cabe destacar que esta escala puede realizarse mediante una entrevista guiada, cuya finalidad será poder obtener la mayor cantidad de información posible con respecto al estado actual de los pacientes que han sufrido un ECV.

El tiempo en el que se la realiza, no va más allá de 5-15 minutos y no requiere de algún tipo de entrenamiento específico para poder administrarla. No hay inconvenientes al ser realizada por vía telefónica, inclusive hay estudios que nos indican que sus resultados no difieren de su administración en persona.²⁴

Materiales y métodos

Se trata de un estudio de cohorte; observacional, analítico que tiene como base poblacional pacientes con un primer episodio de ECV atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) y el Hospital Abel Gilbert Pontón, diagnosticados dentro del periodo de octubre 2016-diciembre 2016 con un seguimiento a los 6 meses de su primer episodio.

Dentro del diseño del estudio los criterios de inclusión fueron: en primer lugar, que sea su primer episodio de ECV; que hayan sido atendidos HTMC y del Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, así como también a todos aquellos mayores de 18 años.

Se excluyó del estudio a todos aquellos pacientes con comorbilidades asociadas que no sean DM, HTA y dislipidemia; así como también a todas aquellas causas no vasculares o estructurales de ECV. Otros criterios de exclusión fueron pacientes con TCE, diagnóstico incierto, demencia antes del episodio, tumores cerebrales, cáncer y con alguna otra enfermedad incapacitante de base.

Las variables evaluadas fueron: datos sociodemográficos de cada uno de los pacientes, factores de riesgo relacionados frecuentemente con el riesgo de sufrir ictus como DM e HTA; la asistencia o no a la rehabilitación, así como también la frecuencia de visitas a la misma. Se evaluó a los 6 meses del episodio el grado de discapacidad mediante la escala de Rankin, que consiste en preguntas sencillas sobre las actividades diarias de la vida.

Dichas preguntas fueron realizadas por vía telefónica al paciente y/o familiares. Otros datos fueron revisados en las historias clínicas del sistema de la consulta externa de fisiatría, neurología y neurocirugía.

La información de los pacientes fue recogida en una base de datos creada en Excel mediante la revisión de historias clínicas encontradas en el sistema operativo de ambos hospitales. Las encuestas fueron pasadas a Excel también, clasificando según cada puntaje de la Escala de Rankin modificada.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS; en el cual se realizaron tablas cruzadas usando chi² y T student. Se procedió a realizar una regresión logística con las variables de factores de riesgo obteniendo los diferentes Odds ratio (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Por último; para correlacionar se usó Spearman con un nivel de confianza del 95%, se buscó el factor más asociado a la severidad de discapacidad.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 152 pacientes que cumplieron el criterio de inclusión de primer episodio de ECV; los cuales fueron recopilados de ambas instituciones hospitalarias. De esta cifra total, 91 (59.86%) pacientes pertenecieron al IESS y 61 (40.13%) al HAGP. No se hallaron diferencias significativas entre ambos hospitales.

En el análisis de las variables presentadas en la tabla 1; se muestra que un total de 94 (61.84%) de pacientes fueron hombres en contraposición a un 58 (38.16%) correspondiente a las mujeres. Dentro de los tipos de ECV; fueron más prevalente los isquémicos, representando así un 88 (57.89%) de la población.

En cuanto a las comorbilidades asociadas; se observó que en pacientes con primer episodio de ECV existía una mayor tendencia a la hipertensión, constituyendo un 57,24% de la población estudiada.

Al analizar la relación de las variables hipertensión y diabetes mellitus, no se encontró diferencia significativa entre ambas ($p=0.93$).

Otro punto importante a destacar es la mortalidad. Con respecto a esta; un total de 60 (39.47%) pacientes fallecieron dentro del periodo de nuestro estudio. De los que se murieron; la mayoría fue dentro del hospital representando un 52 (34,21%) y 8 (5,26%) de estos se dieron fuera de esto.

n: 152		
SEXO	FR	%
MASCULINO	94	61,84%
FEMENINO	58	38,16%
MORTALIDAD	FR	%
VIVOS	92	60,52%
FALLECIDOS	60	39,47%
EDAD	FR	%
20-29	3	1,97%
30-39	10	6,58%
40-49	9	5,92%
50-59	28	18,42%
60-69	36	23,68%
70-79	30	19,74%
>80	36	23,68%
TIPO DE ECV	FR	%
ISQUÉMICO	88	57,89%
HEMORRÁGICO	64	42,11%
PATOLOGÍAS ASOCIADAS	FR	%
HTA + DM	39	25,66%
HTA PURA	87	57,24%
DM PURA	3	1,97%
NIVEL DE DISCAPACIDAD: ESCALA DE RANKIN MODIFICADA	FR	%
NO DISCAPACIDAD SIGNIFICATIVA	20	21,74%
DISCAPACIDAD LEVE	22	23,91%
DISCAPACIDAD MODERADA	10	10,87%
DISCAPACIDAD MODERADA-SEVERA	27	29,35%
DISCAPACIDAD SEVERA	9	9,78%
NO SE PUDO DETERMINAR	4	4,35%

Tabla 1. Características de los pacientes

Como otro pilar importante de nuestro estudio, se procedió a medir la discapacidad de la población a los 6 meses mediante el empleo de la Escala de Rankin Modificada.

De ella rescatamos que en 20 (21.74%) de los pacientes no se encontró discapacidad significativa, el 22 (23.91%) presentó discapacidad leve, 10 (10.87) discapacidad moderada, 27 (29.35%) moderada-severa y el 9 (9.78%) discapacidad severa. Por otro lado; en el 4 (4.35%) de los pacientes no se pudo determinar el grado de discapacidad por datos incompletos (GRÁFICO 1).

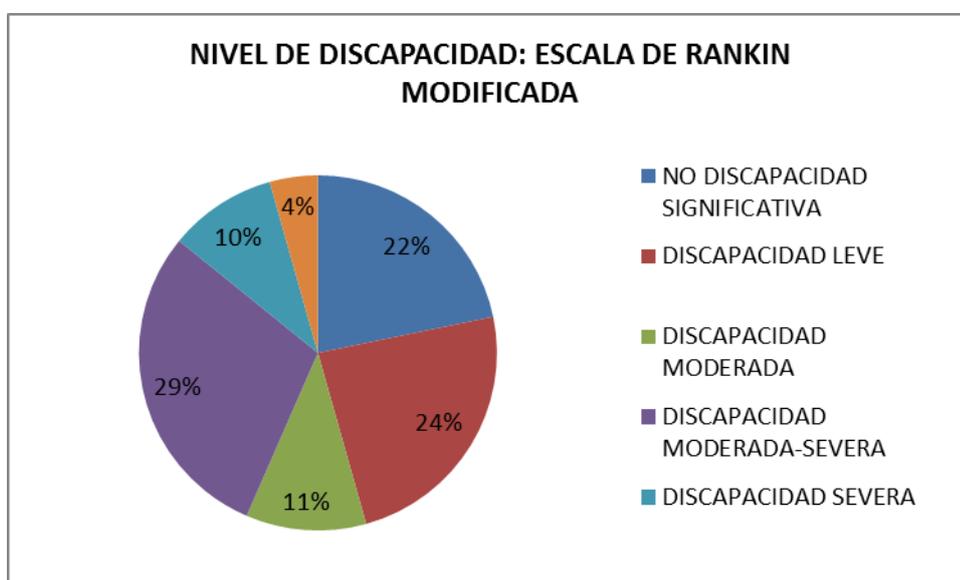


Gráfico 1. Porcentajes de niveles de discapacidad en los pacientes según la Escala de Rankin modificada

Finalmente; se analizó la asistencia a rehabilitación la que presentó los siguientes resultados: 48 (52.17%) asistió a rehabilitación mientras que el 44 (47.83%) no lo hizo. Debido a que las terapias o rehabilitaciones son un factor que influye en el estado de vida de aquellos que sufren algún episodio de ECV; se procedió a relacionar esta variable con el tipo de Rankin de nuestros pacientes.

En este análisis estadístico; se utilizó la correlación de spearman la cual salió negativo de -0.07 lo que implica que cada vez que aumenta la una; la

otra variable disminuye un 7%. El OR de 0,63 con una $p=0,34$ IC 95% (0,24-1,64) lo que significa que cada vez que la persona asiste a terapia física disminuye el grado de Rankin en un 0,63.

Discusión

En nuestro estudio el resultado más relevante es el efecto positivo que tiene la terapia de rehabilitación sobre la condición del paciente, reflejada en la escala de Rankin modificada; aunque el cálculo no salió significativo sabemos que depende del volumen de pacientes por lo que replicar este estudio en una muestra mucho más grande nos daría la seguridad de la significancia.

Tomando como otro punto importante al tipo de enfermedad cerebrovascular; dentro de este estudio se mostraron muchas semejanzas con respecto a lo hallado en la literatura latinoamericana. Se demostró que una gran cantidad de pacientes tenían ECV de tipo isquémico en comparación con el de características hemorrágicas.

En relación con estudios efectuados en nuestro país; se tomó como referencia uno realizado por García-Santibáñez, et al; con respecto a la Epidemiología del Ictus entre los años 2007-2009 en el IEES; considerándolo como uno de gran escala en relación con ECV. Aquí el porcentaje de pacientes con ictus isquémico fue de 80.9% y en el nuestro de 57,89%. En ambos estudios fueron mayores estos valores sobre el hemorrágico; sin embargo, debido a una mayor muestra de pacientes en el primero; el porcentaje salió mucho mayor.

Dentro de las comorbilidades asociadas se destaca a la hipertensión como el principal factor de riesgo modificable causante de esta enfermedad. Todo esto concuerda con otras publicaciones efectuadas tanto nacional como internacionalmente. La población de nuestro país; mayormente se destaca por un estilo de vida sedentario y malos hábitos alimenticios, motivo por lo cual se explicaría la gran prevalencia de esta variable. Debido a esto; una

persona hipertensa tendría un riesgo elevado de padecer alguna vez en su vida de una enfermedad cerebrovascular en comparación con la población general.

La cantidad de pacientes fallecidos en nuestro estudio fue de un 39.47%; lo que se acerca a las cifras encontradas en diversos estudios de nuestro país; quienes arrojan valores del 30% aproximadamente. En cuanto a la literatura internacional; en el estudio EBRICTUS realizado por Clua J, et al (2011); acerca de la supervivencia y años de vida perdidos después del primer episodio de ictus, se menciona que la mortalidad total de los pacientes fue de 55% lo que se asemeja en lo descrito en otras series. A pesar de que los valores correspondientes a mortalidad fueron menores en nuestro estudio; como ya se ha mencionado, esto podría deberse a la menor cantidad de pacientes que utilizamos como nuestra.

Al ser la enfermedad cerebrovascular una causa importante de discapacidad; la evaluación del estado funcional de los pacientes tras un ictus mediante la Escala de Rankin es de gran ayuda, ya que de esta forma se puede recopilar la mayor cantidad de información posible para un mejor manejo de los pacientes. Se halló un elevado porcentaje de pacientes con discapacidad moderada-severa durante su evaluación inicial, lo que se relaciona con lo encontrado en el estudio realizado por Córdova D; et al (2008), donde al ingreso los pacientes con mayor frecuencia presentaban un Rankin por encima de 4 (moderado-severo). Otro estudio parecido es el realizado por Díaz-Tapia et al (2008) sobre la calidad de vida en pacientes con ECVI donde se encontró que cerca de la mitad (29 pacientes; 49,1%) presentaron algún grado de discapacidad (mRS igual o superior a 2). Treinta pacientes (50,9%) eran independientes o presentaban secuelas mínimas (mRS igual o superior a 1) al final del período de seguimiento. Todo esto nos demuestra una vez más el gran impacto de esta patología sobre el estilo de vida de la población.

Es muy importante vincular el grado de discapacidad de estos pacientes con las terapias a las que hayan asistido durante su estancia hospitalaria. Está demostrado que es mayor la recuperación funcional de aquellos pacientes

con manejo en rehabilitación que aquellos que no. Hubo en nuestro estudio una mayor cantidad de pacientes que acudieron a terapias y por ende se demostró que estos tenían menor probabilidad de alcanzar un Rankin mayor de 3-4; siempre y cuando asistieran a terapias. Existen varias ventajas documentadas con respecto al inicio de las terapias de forma temprana, ya que se ha comprobado que al pasar el tiempo este tipo de pacientes mejorarían entre una y dos categorías.

Sin embargo, en un estudio realizado por Murie-Fernández; et al (2012), se menciona que el retraso en empezar las terapias de rehabilitación más allá de 30 días no modifica el resultado funcional tras un episodio de ECV.

En contraposición con lo anteriormente mencionado, se encontró un estudio realizado por Santiago L; et al (2012), en la Universidad de Cuenca donde se vio mayormente afectado el sexo femenino sobre el masculino. En este estudio el 52.9% del total de pacientes eran mujeres mientras que en el nuestro el porcentaje no supero el 40%.

El estudio REPLACE realizado por Guzmán, I et al. (2015) también tiene diferencias con el nuestro, en éste se encontró que el tipo de ECV más prevalente fue el hemorrágico, que el sexo femenino predominó y que los factores más asociados fueron el alcoholismo y la Diabetes mellitus.

Finalmente; podemos mencionar que la ventaja primordial de nuestro estudio es que nos permitió identificar y corroborar que, la asistencia a terapias de rehabilitación disminuye el grado de discapacidad a su vez que la mortalidad con respecto a esta patología sigue siendo un punto importante. Nos dimos cuenta además que la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo modificable causante de esta enfermedad y que el tipo de ECV más incapacitante es el isquémico. Como desventajas tenemos que la muestra fue limitada, pacientes quienes no tenían las variables completas o que no cumplían algún criterio de inclusión y que en relación con ciertas variables no se pudo obtener significancia como ya se lo ha mencionado anteriormente.

CONCLUSIONES

En este estudio se determinó que existe un porcentaje importante de discapacidad post ECV y que la rehabilitación tiene efecto benéfico sobre el paciente; sin embargo no existe mucha diferencia entre el número de pacientes que asisten a rehabilitación versus los que no. La enfermedad cerebrovascular sigue siendo una causa importante de mortalidad en nuestro país.

RECOMENDACIONES

Se debe intervenir en los factores de riesgo modificables de la enfermedad mediante la correcta y constante educación a la comunidad. Tener una población consciente respecto a las formas de evitar y prevenir enfermedades como diabetes e hipertensión que son los principales desencadenantes de esta patología, permitiría una reducción significativa de casos reportados.

Como trabajadores en el área de salud, es importante que seamos capaces de brindar óptimos servicios de emergencia y cuidados efectivos con respecto al stroke. Todo esto con la finalidad de reducir las secuelas que deja esta enfermedad y por ende disminuir el grado de discapacidad con la que quedan estos pacientes, lo que a su vez repercute significativamente en su estilo de vida. El manejo de un paciente con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular debe ser multidisciplinario; por lo que la intervención del médico fisiatra debe estar dentro del manejo de estos pacientes. Es muy importante la realización de terapias de rehabilitación, las cuales deben ser constantes y dirigidas por un experto.

Recomendamos replicar este estudio con una mayor muestra para encontrar significancia así como también; tomar en cuenta el lugar y extensión de la lesión.

REFERENCIAS

1. García-Santibáñez R, Santibáñez V, Bjerre C, Sánchez G, et al. Epidemiología del Ictus entre los años 2007-2009 en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Revista Ecuatoriana de Neurología. 2010.
2. Guzmán I, Mora C, Tettamanti D. Registro retrospectivo de factores asociados al desarrollo de eventos cerebrovasculares en Guayaquil. 1st ed. Guayaquil; 2015. REV. MED. FCM-UCSG ISSN: 1390-0218 • VOL. 19 • N.O1 • 2015. • 25-32.
3. Zambrano M. Evolución y Secuelas de los pacientes con evento cerebrovascular del servicio de medicina interna del Hospital Enrique Garcés de Quito entre enero 2009 a diciembre 2014. Quito. 2015.
4. INEC. Registro de Defunciones 2011. Anuario de Estadísticas vitales: Nacimientos y Defunciones año 2011. Ecuador. 2011.
5. INEC. Registro de Defunciones 2014. Anuario de Estadísticas vitales: Nacimientos y Defunciones año 2014. Ecuador. 2014.
6. López F, Jiménez M, Blanco M, et al. Depresión postictus: factores que afectan al estado de ánimo. Unidad de Ictus del Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. España. 2011.
7. Santiago L, Arízaga L, Barrera C. Prevalencia y características clínicas del evento cerebrovascular en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo 2009-2010. Cuenca. 2012.
8. F. Cano, F. Obando. Prevalencia de accidentes cerebro vasculares diagnosticados por tomografía axial computarizada y/o resonancia magnética nuclear en el hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de

Guayaquil, durante el año 2013. Rev. Med. FCM-UCSG, Año XX, Vol.18 N°4 (2014). Págs. 234-239 ISSN - 1390-0218.

9. Clua J, Piñol J, Panisello A, Lucas N, et al. Estudio EBRICUS. Resultados funcionales, supervivencia y años potenciales de vida perdidos después del primer episodio de ictus. España. 2011.
10. Sacco et al. Updated Definition of Stroke. 2013. July. AHA/ASA Expert Consensus Document. Available at <http://stroke.ahajournals.org>
11. Jauch, MD E. Ischemic Stroke: Practice Essentials, Background, Anatomy [Internet]. Emedicine.medscape.com. 2017 [cited 2 May 2017]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1916852-overview#a2>.
12. S. Kim A. Evaluation and Prevention of Cardioembolic Stroke. 1st ed. San Francisco: American Academy of Neurology; 2014.
13. Freeman & Aguilar. Intracranial Hemorrhage: Diagnosis and Management. Neurol Clin 30 (2012) 211–240. doi:10.1016/j.ncl.2011.09.002. Elsevier Inc.
14. Suarez J. Diagnosis and Management of Subarachnoid Hemorrhage. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology. 2015;21:1263-1287.
15. M. Alonso de Lecinana et al. Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. Neurología. 2014;29(2):102—122. Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España. doi:10.1016/j.nrl.2011.09.012.
16. Murie-Fernández M, Ortega-Cubero S, Carmona-Abellán M, Meyer M, Teasell R. «Tiempo es cerebro», ¿solo en la fase aguda del ictus? Neurología. 2012;27(4):197-201.

17. La Rehabilitación Posterior al Ataque Cerebral. 1st ed. Bethesda, Maryland: Office of Communications and Public Liaison National Institute of Neurological Disorders and Stroke; 2013.
18. Castellanos F, Hernández J, Zurdo M, Rodríguez F, García C, et al. Trastornos psicopatológicos y calidad de vida en el infarto cerebral. Cáceres. España. 2011.
19. Kwon et al. Disability Measures in Stroke. April 2004. Stroke is available at <http://www.strokeaha.org>. DOI: 10.1161/01.STR.0000119385.56094.32.
20. Díaz L, Pinel A, Gueita J. Terapia de movimiento inducido por restricción del lado sano. ¿Alternativa en pacientes post-ictus? Fisioterapia. 2011;33(6):273-277.
21. Jichici, MD D. Anterior Circulation Stroke: Origins and Sites of Occlusion, Circulatory Anatomy, Ischemic Patterns [Internet]. Emedicine.medscape.com. 2017 [cited 11 July 2017]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1159900-overview?src=iphone&ref=email>.
22. Uyttenboogaart M, Luijckx G, Vroomen P, Stewart R, Keyser J. Measuring disability in stroke: relationship between the modified Rankin scale and the Barthel index. Journal of Neurology. 2007;254(8):1113-1117.
23. Huybrechts K, Jaime Caro J. The Barthel Index and modified Rankin Scale as prognostic tools for long-term outcomes after stroke: a qualitative review of the literature. Current Medical Research and Opinion. 2007;23(7):1627-1636.
24. New PW, Buchbinder R. Critical appraisal and review of the Rankin scale and its derivatives. Neuroepidemiology 2006;26(1):4-15.

25.V. Díaz-Tapia, J. Gana, M. Sobarzo, A. Jaramillo-Muñoz, S. Illanes-Díez. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico. Rev Neurol. 2008 Jun 1-15;46(11):652-5.

26.D. Córdova, S. Flores, R. Padilla. Recuperación de la discapacidad en pacientes con evento cerebro vascular que recibieron rehabilitación en el insitituto hondureño de seguridad social. Revista Médica de los Post Grados de Medicina. UNAH. Vol 11 N2. Mayo-Agosto 2008. 92-99.

ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADOR
Sexo	Cualitativa	Nominal	0=Femenino 1= masculino
Mortalidad	Cualitativa	Nominal	0: Vivo 1: Fallecido
Edad	Cuantitativa	Continua	Años cumplidos Rangos: 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 Mayor a 80
Hipertensión arterial	Cualitativa	Nominal	0= Si 1= No
Diabetes Mellitus tipo 2	Cualitativa	Nominal	0= Si 1= No
Asistencia a rehabilitación	Cualitativa	Nominal	0= Si 1= No
Número de asistencia a rehabilitación	Cuantitativa	Discreta	0= ninguna 1= 3 2= 5
Tipo de ECV	Cualitativa	Ordinal	0= Isquémico 1= Hemorragia intraparenquimatosa 2= Hemorragia subaracnoidea
Nivel de discapacidad (Escala de Rankin modificada)	Cualitativa	Ordinal	0= No discapacidad 1= Discapacidad leve 2= Discapacidad moderada 3= Discapacidad moderada-severa 4= Discapacidad severa

ANEXO 2: ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

PREGUNTAS	CHECK
<p>1- No discapacidad significativa ¿Tiene el paciente dificultad para leer o escribir, para hablar o encontrar la palabra correcta, tiene problemas con la estabilidad o de coordinación, molestias visuales, adormecimiento (cara, brazos, piernas, manos, pies), pérdida de movilidad (cara, brazos, piernas, manos, pies), dificultad para tragar saliva u otros síntomas después de sufrir el ictus?</p>	
<p>2 - Discapacidad leve ¿Ha habido algún cambio en la capacidad del paciente para sus actividades habituales o trabajo o cuidado comparado con su situación previa al ictus? ¿Ha habido algún cambio en la capacidad del paciente para participar en actividades sociales o de ocio? ¿Tiene el paciente problemas con sus relaciones personales con otros o se ha aislado socialmente?</p>	
<p>3 - Discapacidad moderada ¿Precisa de ayuda para preparar la comida, cuidado del hogar, manejo del dinero, realizar compras o uso de transporte público?</p>	
<p>4 - Discapacidad moderada-severa ¿Necesita ayuda para comer, usar el baño, higiene diaria o caminar?</p>	
<p>5 - Discapacidad severa ¿Necesita el paciente cuidados constantes?</p>	



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cañizares Villalba María José**, con C.C: # 0927747659 autor/a del trabajo de titulación: “Mortalidad y discapacidad posterior a un primer episodio de ECV en la ciudad de Guayaquil en el periodo 2016-2017”, Estudio multicéntrico, previo a la obtención del título de **Médico general** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de Septiembre del 2017

f. _____

Cañizares Villalba María José

C.C: **0927747659**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Calderón Salavarría Karla Andrea** con C.C: # 0923976146 autor/a del trabajo de titulación: **Mortalidad y discapacidad posterior a un primer episodio de Enfermedad Cerebro Vascular en la ciudad de Guayaquil en el periodo 2016-2017, Estudio multicéntrico**, previo a la obtención del título de **Médico general** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de Septiembre del 2017

f. _____

Calderón Salavarría Karla

C.C: 0923976146



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	“Mortalidad y discapacidad posterior a un primer episodio de Enfermedad Cerebro Vascular en la ciudad de Guayaquil en el periodo 2016-2017. Estudio Multicéntrico”		
AUTOR(ES)	Calderón Salavarría Karla - Cañizares Villalba María José		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Diego Vásquez Cedeño		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico general		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	4-Septiembre-2017	No. DE PÁGINAS:	35
ÁREAS TEMÁTICAS:	Causas de discapacidades, problemas crónico degenerativos, enfermedades cardiovasculares		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	ictus- mortalidad- evaluación de discapacidad- rehabilitación- calidad de vida- evaluación de resultados / stroke- mortality- disability evaluation- rehabilitation- quality of life- outcome assesment		
RESUMEN (150-250 palabras):	<p>Objetivo: Identificar el grado de discapacidad y mortalidad después de un primer episodio de ictus. Métodos: Mediante un estudio de cohorte; observacional y analítico se evaluaron a 152 pacientes con diagnóstico de primer episodio de ECV atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo y en el Hospital Abel Gilbert Pontón, dentro del periodo de octubre-diciembre 2016 con un seguimiento a los 6 meses. Los datos se recolectaron mediante revisión de historias clínicas y encuestas en base a la escala de Rankin Modificada. Se midieron variables como factores de riesgo, datos sociodemográficos, mortalidad, grado de discapacidad y asistencia a rehabilitación. Resultados: La mayoría de pacientes diagnosticados fueron hombres (61.84%) y el factor de riesgo más prevalente hipertensión (57,24%). Se observó que un 39.47% de pacientes fallecieron dentro del periodo de nuestro estudio. Encontramos un mayor porcentaje de pacientes con discapacidad moderada (29.35%) y asistencia a rehabilitación (52.17%). Además hallamos que cada vez que el paciente asiste a terapia física disminuye el grado de Rankin en un 0,63 (OR=0,63) (p=0,34). Conclusiones: En este estudio se determinó que existe un porcentaje importante de discapacidad post ECV y que la rehabilitación tiene un efecto benéfico sobre el paciente. Intervenir en los factores de riesgo disminuiría la incidencia de esta enfermedad.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593958901879 +593990596183	E-mail: karla_calderon_s@hotmail.com m_canizaresv@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Zúñiga Vera Andrés Eduardo		
	Teléfono: +593-4-2109081		
	E-mail: andres.zuniga@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			