

T

WL 368

OR77

Ginna Estefanía Ortega Bolaños

Jonathan Manuel Pupiales Enríquez

Guido Duván Recalde Arévalo

Julián Fernando Sandoval Obando

Discapacidad e independencia funcional secundaria a ACV mayor a un año de evolución en pacientes atendidos en el HUDN de la ciudad de Pasto durante el año 2020, 2021 y primer semestre de 2022 / Ginna Estefanía Ortega Bolaños, Jonathan Manuel Pupiales Enríquez, Guido Duván Recalde Arévalo y Julián Fernando Sandoval Obando; asesoría MSc. Luis Eduardo Gonzales – San Juan de Pasto: Fundación Universitaria San Martín, 2023

Trabajo de Grado (Médico General). Universidad San Martín

Facultad de Medicina

DISCAPACIDAD E INDEPENDENCIA FUNCIONAL SECUNDARIA A ACV
MAYOR A UN AÑO DE EVOLUCIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HUDN
DE LA CIUDAD DE PASTO DURANTE EL AÑO 2020, 2021 Y PRIMER
SEMESTRE DE 2022

AUTORES

Ortega Bolaños Ginna Estefanía
Pupiales Enríquez Jonathan Manuel
Recalde Arévalo Guido Duván
Sandoval Obando Julián Fernando

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALLUD
PROGRAMA DE MEDICINA
PASTO
2023

DISCAPACIDAD E INDEPENDENCIA FUNCIONAL SECUNDARIA A ACV
MAYOR A UN AÑO DE EVOLUCIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HUDN
DE LA CIUDAD DE PASTO DURANTE EL AÑO 2020, 2021 Y PRIMER
SEMESTRE DE 2022

Ortega Bolaños Ginna Estefanía
ginnaestefaniaortega@hotmail.com – 317 7462709
Pupiales Enríquez Jonathan Manuel
jonathanmanuel199@gmail.com – 304 3110488
Recalde Arévalo Guido Duván
duvanrecaldedu@hotmail.com – 316 6402888
Sandoval Obando Julián Fernando
juliansandoval20019806@gmail.com – 316 2972391

Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de
Médico General

ASESOR CIENTÍFICO

Viviana Montenegro Chávez
Fisioterapeuta
Especialista en alta gerencia

ASESOR METODOLÓGICO

MSc. Luis Eduardo González Martínez
Magíster en investigación

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
PASTO
2023

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

San Juan de Pasto, septiembre de 2023

DEDICATORIAS

A mis padres, Sonia y Jhonieth,
Como homenaje al apoyo que me han brindado a lo largo de este proceso, deseándome siempre buen viento y buena mar. Por sostenerme en momentos de vulnerabilidad y celebrar conmigo, cada pequeño triunfo, cargado de alegría, dedicación y pasión por mi sueño, ese mismo por el cada día anhelo dar lo mejor. Su confianza en mí es impulso para llegar a la cima y sus enseñanzas son luz guía para escoger los mejores caminos hacia ella.

A Jobita Romo y a su amor presente, invisible pero palpitante en el corazón y el alma, mi mayor inspiración para la realización de este trabajo.

Con amor, admiración y gratitud profunda,

Ginna Estefanía Ortega Bolaños

DEDICATORIAS

Con todo el amor y cariño dedico este proyecto de investigación a mis padres; Rosario Enríquez y Omar Pupiales. Desde el principio siempre han sido una fuente de motivación e inspiración. Su fe inquebrantable en mí y su voluntad de apoyarme en cada paso del camino han contribuido a alcanzar este logro, que no sólo me pertenece a mí sino también a ustedes. Participaron de cada sacrificio, de cada noche de estudio, de cada momento de alegría y de tristeza. Espero que esta tesis no sea sólo un testimonio de mi trabajo, sino también un testimonio del amor incondicional y el apoyo que ustedes me han otorgado.

Jonathan Manuel Pupiales Enríquez

DEDICATORIAS

Con todo el cariño, amor y respeto dedico esta tesis principalmente a mis padres; Guido Orlando Recalde y Betty Del Rocío Arévalo Recalde, por haber creído en mí y estar presentes en este camino, por forjar en mí tantos valores y cualidades, por enseñarme a vivir con libertades y responsabilidades, por motivarme día a día y no permitir que desfalleciera en ningún momento y por ayudarme en la formación personal y profesional.

De igual manera dedico este logro a mi hijo Brayan Andrés Recalde Montaña, quien es mi motivación para seguir luchando todos los días, quien sin imaginarlo me da las fuerzas que necesito para seguir adelante y luchar por mis ideales; por último, también dedico este trabajo a mis hermanos Yuli Alexandra y Ricardo Iván Recalde Arévalo, quienes han estado presentes en cada momento de mi vida y de mi carrera, a ellos quienes siempre han creído en mí y me han impulsado a seguir adelante, quienes con tan solo un gesto o una palabra han logrado que me pusiera de pie y con firmeza para afrontar cada día de este proceso.

Guido Duván Recalde Arévalo

DEDICATORIAS

A mi mamá Natalia Obando, ejemplo de fuerza y perseverancia,
tu amor incondicional y sacrificio han hecho
que cada paso en este viaje valga la pena,
tus palabras de aliento y tu paciencia interminable
me han impulsado a alcanzar este logro.
Esta tesis es un testimonio de tu dedicación inquebrantable
y un modesto reflejo de mi gratitud infinita.

A mi querido hermano Mauricio Sandoval,
cuyas risas y apoyo han sido mi combustible
en los momentos más desafiantes de esta travesía,
quien siempre ha sido mi fuente de inspiración.
Tu apoyo inquebrantable ha sido
un faro en mi camino hacia el conocimiento.
Gracias por ser mi compañero y mi motivación constante.

Julián Fernando Sandoval Obando

AGRADECIMIENTOS

Extendemos el más sincero agradecimiento a los docentes asesores, Luis Eduardo Gonzales Martínez y Viviana Montenegro Chávez, por el tiempo invertido en el desarrollo de este trabajo de investigación, así como también por el acompañamiento a lo largo de este proceso y brindarnos conocimiento, comprensión y amabilidad siendo partícipes de nuestra formación.

Brindamos también al Hospital Universitario Departamental de Nariño, un reconocimiento especial al desempeñar un papel fundamental otorgando los recursos necesarios y siendo el escenario principal del presente trabajo. Su apertura y colaboración han sido invaluable para el desarrollo de este proyecto.

Hacemos mención con un profundo sentimiento de gratitud, a la Fundación Universitaria San Martín, por formarnos como profesionales de la salud y a la facultad de Medicina Sede Pasto, donde durante años, hemos sido testigos de nuestro crecimiento tanto en competencias individuales, como colectivas e interdisciplinarias. Cada experiencia vivida en las instalaciones de nuestra institución educativa, desde el inicio de nuestra carrera hasta su culminación, ha sido inestimable.

Finalmente, el más grande agradecimiento se dirige a este equipo de trabajo, su colaboración, compromiso y dedicación fueron cruciales en cada etapa de este proyecto. Juntos, enfrentamos desafíos, superamos obstáculos y celebramos los logros que marcaron nuestro camino hacia la culminación de esta tesis. Cada uno aportó un conjunto único de habilidades y perspectivas que enriquecieron esta investigación, fruto de nuestro trabajo en equipo que refleja la pasión y compromiso que compartimos.

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	17
INTRODUCCIÓN	19
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.	21
1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA	22
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
1.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	24
2. JUSTIFICACIÓN	25
3. MARCO DE REFERENCIA	27
3.1. MARCO CONTEXTUAL	27
3.2. MARCO TEORICO	28
3.2.1. Ataque cerebrovascular.	28
3.3. MARCO CONCEPTUAL	31
3.4. MARCO LEGAL	32
3.5. MARCO DE ANTECEDENTES	32
3.5.1. INTERNACIONALES	33
3.5.2. NACIONALES	33
3.5.3. REGIONALES	34
4. OBJETIVOS	35
4.1. GENERAL	35
4.2. ESPECÍFICOS	35
5. METODOLOGÍA	36
5.1. DISEÑO DE ESTUDIO	36
5.1.1. ENFOQUE	36
5.1.2. TIPO DE ESTUDIO	36
5.2. HIPÓTESIS	36
5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	37
5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN	37
5.4.1. Criterios de inclusión	37
5.4.2. Criterios de exclusión	37
5.4.3. Control de Sesgo	38
5.4.4. Instrumentos de recolección de datos	38
5.4.5. Variables	39
5.4.6. Plan de Análisis Estadístico	41

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
7. RESULTADOS	43
8. DISCUSIÓN	65
9. CONCLUSIONES	69
10. RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS	72
ANEXOS	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Hospital Universitario Departamental de Nariño.....	28
---------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICAS

Grafica 1 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según año y mes de presentación del evento.....	45
Grafica 2 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según fallecidos al momento de la llamada.	46
Grafica 3 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según edad.	47
Grafica 4 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según sexo.....	48
Grafica 5 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según raza.	49
Grafica 6 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según tipo de ACV.	50
Grafica 7 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según trombólisis en manejo agudo.	52
Grafica 8 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según puntaje de escala de FIM.....	53
Grafica 9 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según diagnostico escala de FIM	54
Grafica 10 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según diagnostico escala de FIM CAT.	55
Grafica 11 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según tipo de ACV y sexo	56
Grafica 12 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según tipo de ACV y raza.....	57
Grafica 13 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según edad y diagnostico escala de FIM CAT.....	58
Grafica 14 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según sexo y diagnostico escala de FIM CAT.....	59
Grafica 15 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según raza y diagnostico escala de FIM CAT.....	60
Grafica 16 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según tipo de ACV y diagnostico escala de FIM CAT.....	61

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Matriz de Variables	39
Tabla 2 Selección de la población	43
Tabla 3 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según año de presentación del evento	44
Tabla 4 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según territorio vascular.	51
Tabla 5 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según territorio vascular y diagnóstico escala de FIM CAT.	62

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Escala FIM	77
Anexo 2 Ficha de recolección de datos	78
Anexo 3 Consentimiento Informado	79

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de discapacidad e independencia funcional secundaria a ACV mayor a un año de evolución en pacientes atendidos en el HUDN de la ciudad de Pasto durante el año 2020, 2021 y el primer semestre de 2022. **Métodos:** Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, ambispectivo de corte transversal, para lo cual se llevó a cabo la recolección de datos mediante la extracción de información sociodemográfica y clínica de los pacientes, así como también la aplicación de la escala FIM mediante llamada telefónica para el análisis del nivel de independencia funcional que se encontró en pacientes post ataque cerebro vascular mayor a un año de evolución. **Resultados:** De acuerdo con la población muestral de 223 pacientes, 125 pacientes correspondieron a la población masculina y 98 pacientes representaban a la población femenina, con una media de edad de 65 años y mayor proporción de pacientes pertenecientes a la raza mestiza con un total de 178 pacientes; el ataque cerebrovascular de origen isquémico es el que más se presentó con un total de 193 pacientes seguido del ataque cerebrovascular hemorrágico con un total de 30 pacientes, la arteria cerebral media con un porcentaje del 52% se constituye como la más afectada, seguida de la arteria cerebral anterior con un 17%, la arteria cerebral posterior y cerebelosa posteroinferior con un 7% respectivamente y por último la arteria cerebelosa anteroinferior con un 4%. La media del puntaje FIM corresponde a 91, de acuerdo con la interpretación cualitativa, la dependencia que requiere de asistencia moderada y la dependencia que solo requiere supervisión, fueron las dependencias que con mayor frecuencia se presentaron con un total de 44 pacientes cada una y de acuerdo con el diagnóstico por escala FIM 134 pacientes presentan algún grado de dependencia y 62 pacientes se asocian a un diagnóstico de independencia. **Conclusiones:** el nivel de independencia funcional mayor a un año de evolución en los pacientes post ataque cerebro vascular predominante fue la dependencia que requiere de asistencia moderada y la dependencia que solo requiere supervisión, con una mayor proporción de pacientes con diagnóstico de independencia sobre dependencia.

PALABRAS CLAVE: Ataque cerebro vascular, discapacidad, independencia funcional secundaria, compromiso funcional.

ABSTRACT

Objective: To determine the degree of secondary functional disability and independence in patients with CVA that have been treated at HUDN that showed development in more than a year during 2020, 2021 and the first semester of 2022.

Methods: A study was carried out conducting a quantitative, observational descriptive, ambispective cross-sectional approach, in which the collection of the data was carried out by extracting sociodemographic and clinical information from the patients, as well as the application of the FIM scale by means of phone calls to analyze the level of functional independence found in post-CVA attack patients over a year of evolution.

Results: According to the sample population of 223 patients, 125 patients corresponded to the male population and 98 patients represented the female population, with a mean age of 65 years and a higher proportion of patients belonging to the mixed-race with a total of 178 patients; Ischemic cerebrovascular attack is the one that occurred the most with a total of 193 patients followed by haemorrhagic cerebrovascular attack with a total of 30 patients, the middle cerebral artery with a percentage of 52% is the most affected, followed by the anterior cerebral artery with 17%, the posterior cerebral and posterior inferior cerebellar artery with 7% respectively and finally the anterior inferior cerebellar artery with 4%. According to the qualitative interpretation, The mean of the FIM score corresponds to 91, The dependency that requires moderate assistance and the dependency that only requires supervision, those were the dependencies that most frequently presented with a total of 44 patients each and According to the diagnosis by the FIM scale, 134 patients presented some degree of dependency, and 62 patients are associated with a diagnosis of independence.

Conclusions: as a result, the level of functional independence on the post-CVA patients greater than a year of evolution. In post-CVA patients was predominantly the dependency that requires moderate assistance and the dependency that only requires supervision, with a higher proportion of patients with an independence over dependency diagnosis.

KEY WORDS: Cerebrovascular attack, disability, secondary functional independence, functional compromise.

INTRODUCCIÓN

El ataque cerebrovascular constituye una de las primeras causantes de discapacidad y deterioro funcional de la población, así como también, es fuente importante de decesos entre la población mundial con predominio en el sexo masculino hacia la sexta, séptima y octava década de la vida principalmente, esta entidad no solo representa un daño para el paciente, sino también para familiares, amigos, y la red de apoyo a cargo de la persona, debido a que las secuelas asociadas, son un factor determinante de la calidad de vida y los años productivos que puedan perder en un futuro (1). La importancia de esto radica en un rápido manejo y actuar de estos pacientes pues de esta manera se disminuyen las secuelas, daños y costes que pudiesen generar tanto para el sistema de salud, así como también para el paciente en cuestión. (2)

En consecuencia, el ACV, deja secuelas de predominio motor y en otras ocasiones, alteraciones de lenguaje, se planteó en este estudio identificar el grado de discapacidad teniendo como herramienta principal de medición la escala de FIM, un indicador de funcionalidad la cual se mide en términos de la intensidad de asistencia dada por una tercera persona al paciente discapacitado. Incluye 18 actividades de la vida diaria que son medidas en una escala de 7 niveles. El nivel 1 indica una dependencia completa (asistencia total) y el nivel 7 una completa independencia. Los ítems del FIM pueden ser sumados para crear la FIM total o FIM-18. Los valores obtenidos pueden ir de 18 a 126 puntos. También puede ser desagregado en un FIM-motor, que es la suma de los primeros 13 ítems y en un FIM-cognitivo, que representa los últimos 5. El FIM-motor va entre 13 y 91 puntos y el FIM-cognitivo entre 5 y 35 puntos. Por último, el FIM total puede ser desagregado en seis dominios específicos: autocuidado, control esfinteriano, transferencias, locomoción, comunicación y cognición social. (3)

La presente investigación se desarrolló desde una metodología de paradigma cuantitativo, es un estudio observacional, descriptivo, de corte longitudinal y diseño retrospectivo que se realizó en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, cuyo objetivo general fue determinar el grado de discapacidad e independencia funcional secundaria a ACV mayor a un año en pacientes atendidos en el HUDN de la ciudad de Pasto durante el año 2020, 2021 y primer semestre de 2022, donde los resultados lograron contribuir como soporte informativo y académico para la comunidad médica interdisciplinaria y cualquier entidad de salud pertinente, con la finalidad de que se tomen alternativas a las medidas adecuadas y oportunas para el aporte de nuevas estrategias terapéuticas, de cuidado y rehabilitación para los pacientes, a miras también de mejorar el pronóstico de los mismos y que contribuyan de alguna manera con la disminución de la morbimortalidad y la

discapacidad funcional de los pacientes y de esta manera fomentar la educación a la población general para prevenir la presentación del ataque cerebrovascular.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio se enmarca en las siguientes líneas de investigación:

Línea de investigación. Clínica. Esta línea pretende realizar investigaciones en la integración e interpretación de signos y síntomas relacionados con enfermedades. Sus objetivos específicos son: i) incrementar el conocimiento científico para mejorar el diagnóstico y sus métodos; ii) evaluar la efectividad de tratamientos e intervenciones en las diferentes especialidades médicas; iii) impulsar el diseño de proyectos de innovación tecnológica en el área clínica.

Enfermedad cerebrovascular (ECV) El objetivo de esta línea es desarrollar nuevo conocimiento enfocado a la epidemiología, las terapias preventivas y de intervención de la ECV. Sus objetivos específicos son: i) elaborar proyectos relacionados con distribución y factores de riesgo de la ECV; ii) diseñar ensayos clínicos dirigidos a la prevención e intervención de la ECV; iii) crear ayudas clínicas y educativas de innovación tecnológica aplicables al control de la ECV. En esta línea el grupo espera contribuir a la creación de una red de conocimiento en ECV. (4)

1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un ataque cerebrovascular (ACV) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es "el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral, con síntomas de 24 horas o más de duración, o que lleven a la muerte, sin otra causa que el origen vascular" lo cual constituye en una emergencia médica pues el tejido cerebral muere rápidamente causando así discapacidad cognitiva y motora permanente y en casos más graves, el fallecimiento del paciente (1).

La importancia del ACV se basa en su alta tasa de prevalencia; teniendo en cuenta su alcance destacamos algunos datos epidemiológicos importantes. A nivel mundial cada año cerca de 17,7 millones de personas sufren un ACV de los cuales 6,7 millones tienen un desenlace fatal. En un estudio realizado por la OPS desde el 2000 hasta el 2019 sobre enfermedades cardiovasculares y su contribución a la mortalidad total en la región de las américas específicamente por ACV el promedio fue de 32.3 muertes por 100.000 habitantes, los países que más alta tasa de mortalidad fueron Haití y Guyana mientras que los de más baja prevalencia fueron Canadá y Perú. (2)

Por otra parte, en Colombia se han encontrado diferencias en las cifras de prevalencia a lo largo del tiempo y de acuerdo con la geografía nacional. Girón (Santander, 1984) mostró una prevalencia de 16/1000 habitantes, Jamundí (Valle, 1984) 12/1000, el Hato (Santander, 1985) 8.2/1.000, Sabaneta (Antioquia, 1992) 5.59/1000, Juan de Acosta (Atlántico, 1992) 1.42/1000 y en el Estudio Epidemiológico Nacional (EPINEURO, 1996) se destaca que la prevalencia de la región suroccidental fue de 6.8/1000 habitantes mientras que para la región oriental fue de 17,2/1000 con una prevalencia nacional en mayores de 50 años de 19,9/1000. Pues para el departamento de Nariño hacia el 2016 el ACV constituyó la segunda causa de mortalidad al representar 28 decesos en 100.000 habitantes. para el departamento de Nariño hacia el 2016 el ACV constituyó la segunda causa de mortalidad al representar 28 decesos en 100.000 habitantes. Se ha considerado que las diferencias encontradas en la población colombiana podrían atribuirse a factores étnicos, diferencias en hábitos alimentarios, estilos de vida menos saludables. (5)

En Colombia, según datos del Ministerio de Salud, el ataque cerebrovascular se reportó dentro de las primeras cinco causas de mortalidad, ocasionando 32 muertes por cada 100.000 habitantes, lo que representó 15.882 muertes a causa de esta enfermedad en 2019. (6)

De acuerdo con el Sistema de Información Territorial en Ataque Cerebrovascular (SITAC), entre los años 2011 y 2015, Bogotá presentó la mayor incidencia de casos de ACV atendidos en Colombia con un total de 14.266. (7)

Ahora bien, extrapolando los anteriores datos, el departamento de Nariño tiene un alta prevalencia de esta patología, la estimación de prevalencia de ACV isquémico en el departamento en el año 2014 fue de 695 casos, y de ellos 60 presentaron desenlaces fatales (8) y según el análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud 2019 de San Juan de Pasto, la tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio del Municipio de Pasto, en el 2017 fue de 28,70 por cada 100.000 habitantes, siendo la tercera causa de mortalidad en la región después de las enfermedades isquémicas del corazón e hipertensivas. (9)

Con la información que se planteó anteriormente, se evidencia la alta tasa de prevalencia e incidencia de casos de ataque cerebrovascular a nivel internacional, nacional y regional. Su importancia radica en que es causa importante de muerte y de estancia hospitalaria prolongada, de invalidez y dependencia funcional (10) siendo las hemiparesias, hemiplejías y trastornos de la marcha las más frecuentemente encontradas en el dominio motor y parálisis faciales, afasias y amnesias en el dominio cognitivo (11) lo que representa una problemática socioeconómica genera altos costos de mantenimiento para el sistema de salud y para el paciente son significativos años de vida productiva perdidos y en Colombia aproximadamente 250.000 personas presentan algún tipo de discapacidad por ataque cerebrovascular. (12)

Al efectuar una minuciosa y exhaustiva búsqueda de literatura en Colombia, el departamento de Nariño y la ciudad de Pasto, se encontró que la información sobre el tema en materia es escasa, si bien hay estudios que se enfocan en el tratamiento con trombólisis intravenosa (13) o en la discapacidad y determinantes sociales de la salud en personas con enfermedad cerebrovascular, como independientes, hasta la fecha no hay conocimiento de que se haya realizado un estudio que determine con puntualidad el grado de discapacidad e independencia funcional secundaria a ACV mayor a un año de evolución en los pacientes de la región, por lo anterior, se cree pertinente la realización del estudio para conocer la relación entre ACV y el grado de discapacidad e independencia funcional de los pacientes en la región, específicamente en el municipio de Pasto, razón por la cual se formula la siguiente pregunta de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el grado de discapacidad e independencia funcional secundaria a ACV mayor a un año en pacientes atendidos en el HUDN de la ciudad de Pasto durante el año 2020, 2021 y el primer semestre de 2022?

2. JUSTIFICACIÓN

Dada la alta incidencia de ataque cerebral vascular en el departamento de Nariño y ser una de las principales patologías que producen discapacidad cognitiva y motora permanente y el impacto directo de los ataques cerebrales vasculares en la calidad de vida de los pacientes y sus familias subraya la necesidad urgente de investigar la discapacidad y la independencia funcional en esta población, pues este estudio se alinea perfectamente con la necesidad de comprender y abordar esta problemática local y la falta de investigaciones específicas en la región sobre la discapacidad y la independencia funcional después de un ACV realza la relevancia de llevar a cabo este estudio.

El uso de la Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM), reconocida internacionalmente y utilizada ampliamente por profesionales de la salud, garantiza una metodología robusta y confiable para evaluar la independencia funcional en los pacientes, de manera que la evaluación de la independencia funcional de los pacientes después de un Ataque Cerebrovascular, se hace crucial especialmente para el personal médico y terceras personas a cargo de la recuperación del paciente, no solo en el reconocimiento de limitaciones físicas como secuela de su enfermedad neurológica; sino también en el área de desarrollo cognitivo al afectar al paciente integralmente; siendo la escala (FIM) la más apta y eficaz para arrojar estas conclusiones, por ende, los resultados de la evaluación pueden ser entendidos por pares y comparados a nivel global.

Por tanto, la realización de este estudio pionero en todo el suroccidente colombiano y el departamento de Nariño, es de superlativo interés para el Hospital Universitario Departamental de Nariño, la Fundación Universitaria San Martín y el estudiantado del área de medicina de la región, para ampliar el conocimiento y de la misma manera, dejarlo fundamentado en este proyecto de investigación para que posteriormente sirva también como soporte para la comunidad médica, así mismo, la colaboración entre todos los entes, proporciona una base sólida de apoyo institucional y recursos humanos para llevar a cabo el estudio.

La falta de información detallada y específica sobre esta problemática en la región limita la capacidad de las autoridades de salud para implementar estrategias efectivas de prevención y tratamiento y el estudio beneficiará a la población que ha sufrido un ACV en la ciudad de Pasto, ya que valorará el estado funcional de esta población y de esta manera se podrá implementar acciones encaminadas a mantener la funcionalidad y la capacidad de llevar una vida independiente, planificar y aportar nuevas estrategias de tratamiento y la rehabilitación, establecer objetivos realistas y medir el progreso a lo largo del tiempo. Así como también comparar los resultados entre diferentes pacientes, programas de rehabilitación y centros de

atención médica con el propósito de identificar las mejores prácticas y mejorar la calidad de la atención. Los resultados de este estudio podrían llenar un vacío importante en la literatura médica y contribuir a la comprensión global de la discapacidad post-ACV.

La alta presencia de casos de ACV en el departamento de Nariño proporciona una población disponible para el estudio, facilitando la obtención de muestras representativas, así como la ausencia previa de investigaciones similares en la región abre oportunidades para la originalidad y relevancia del estudio, resaltando la innovación y el aporte significativo que este estudio brindará al conocimiento científico.

La colaboración interinstitucional y el respaldo de la comunidad médica y estudiantil indican un entorno propicio para la ejecución y difusión de los resultados.

De no realizarse esta investigación los pacientes, familiares y la comunidad en general no contarían con información detallada y concisa sobre la problemática ya mencionada y las autoridades en salud no podrían tomar medidas tendientes a disminuir la morbimortalidad a la que esto conlleva.

La falta de investigación en esta área dejaría a los pacientes y a la comunidad sin información vital para entender y abordar la discapacidad después de un ACV, y las autoridades de salud no tendrían los datos necesarios para tomar medidas efectivas.

La investigación ayudaría a evitar una mayor morbimortalidad y a mejorar la gestión de esta problemática de salud pública en la región.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1. MARCO CONTEXTUAL

El Departamento de Nariño creado en el año 1904, esta ubicado al suroccidente de Colombia, en la frontera norte del Ecuador. Su superficie es 33.268 km² lo que representa el 2,9 % del territorio nacional. Sus límites son: al Norte con el Departamento del Cauca, el Sur con la Republica del Ecuador, al Este con el Departamento del Putumayo y al Oeste con el Océano Pacífico. Nariño se compone de 64 municipios, con 230 corregimientos. (14)

El municipio de Pasto es la capital administrativa del departamento, está ubicado en el centro oriente del departamento, al sur occidente de Colombia, político-administrativamente se divide en 12 comunas y 17 corregimientos. tiene una superficie de 6.181 km², su cabecera municipal se ubica a una altitud de 2.527 metros sobre el nivel del mar. (15)

La investigación se centra en el Hospital Universitario Departamental de Nariño (HUDN), el cual, inició su construcción durante el gobierno del Dr. Carlos Lleras Restrepo, en el mes de enero de 1970 y el 15 de diciembre de 1975, se dio comienzo a la prestación de servicios medicos, con la apertura del servicio de Consulta Externa. En 1977, se inauguran los servicios de Hospitalización, siendo las especialidades básicas Medicina Interna, Cirugía, Gineco – Obstetricia, y Pediatría; Tambien se pusieron en funcionamiento unidades de apoyo logístico de Radiología, Laboratorio Clínico, Patología, Rehabilitación, Farmacia y Nutrición. Desde el 10 de diciembre de 1994 el Hospital Universitario Departamental de Nariño esta clasificado como una institución de salud nivel III. En el año 2004, la Honorable Asamblea del Departamento lo transforma en un Hospital de carácter Universitario y en el año 2013 recibe la ratificación de la acreditación otorgada por Icontec. (16)

Figura 1 Hospital Universitario Departamental de Nariño



Fuente: <https://pagina10.com/web/procuraduria-formulo-pliego-de-cargos-al-gerente-del-hospital-universitario-departamental-de-narino/>

3.2. MARCO TEORICO

3.2.1. Ataque cerebrovascular.

El ataque cerebrovascular se define como la interrupción del flujo sanguíneo al cerebro provocando una isquemia focal y, por consiguiente, daño permanente a nivel cortical que repercute gravemente en el paciente. Tales como la discapacidad motora que se manifiesta clínicamente como hemiparesia y disartria; adicional a ello, el cuadro clínico presenta cefalea intensa, parálisis facial, alteración de la visión, confusión mental o pérdida de la conciencia. (17)

3.2.1.1. Sintomatología: Las manifestaciones clínicas dependen de la arteria afectada y de la extensión de tejido lesionado. El riesgo de adquirir esta enfermedad aumenta cuando los pacientes presentan hipertensión arterial sistémica, hábito de fumar, diabetes mellitus, dislipidemias, estilos de vida sedentarios, alimentación no saludable, consumo de alcohol, entre otros factores.

3.2.1.2. Clasificación clínica y etiológica: Los ataques cerebrovasculares más frecuentes son de origen arterial y se dividen en: el ataque cerebrovascular isquémico, (un coágulo obstruye y disminuye de manera brusca el flujo sanguíneo

de una arteria cerebral) el ataque isquémico transitorio y la hemorragia cerebral (incluye la hemorragia intraparenquimatosa y la hemorragia subaracnoidea). (18)

3.2.1.3. Fisiopatología: El desarrollo de la enfermedad y su fisiopatología se debe principalmente a la oclusión embólica de vasos cerebrales y si bien el flujo puede compensarse con un sistema de irrigación colateral, a través de las anastomosis del polígono de Willis, el calibre de los vasos, el diámetro del émbolo, la aterosclerosis y otras alteraciones pueden interferir y aumentar así el riesgo de bloqueo, provocando así una hipoxia tisular e isquemia. La hemorragia intracerebral representa alrededor del 10% de todos los ataques cerebrovasculares, pero es la causante de un porcentaje mucho más alto de muertes debidas a dichos ataques.

En la mayoría de los casos, la hemorragia intracerebral es consecuencia de Presión arterial elevada (hipertensión) crónica, que debilita una arteria pequeña, causando su estallido. Cuando los vasos sanguíneos cerebrales son débiles, anormales o soportan una presión inusual, se puede producir un ataque cerebrovascular hemorrágico. En este tipo de ataques cerebrovasculares, se produce hemorragia en el interior del cerebro, como una hemorragia intracerebral. También puede haber hemorragia entre las capas interna y media del tejido que recubre el encéfalo dando lugar a una hemorragia subaracnoidea. (19)

El tejido nervioso es especialmente sensible a la hipoperfusión ya que tiene una alta tasa metabólica pero una baja reserva energética, pues utiliza glucosa en gran cantidad, pero no tiene la capacidad de almacenar glucógeno; por este motivo, al cesar el flujo sanguíneo, el daño es rápido e irreversible después de los primeros cinco minutos de evolución.

El daño cerebral focal se establece completamente en las primeras 48 a 72 horas y después de aproximadamente 14 días, el tejido nervioso ya ha hecho la transición a estadios crónicos en los que prima la reorganización y la plasticidad cerebral dirigido por las células de microglía que inician el proceso cicatrizal al mismo tiempo que comienzan las nuevas conexiones a través del proceso de plasticidad sináptica que facilita la recuperación funcional en la mayoría de los pacientes. (19)

Por la hipoxia y carencia de glucosa, se produce la pérdida de función de membrana y de homeostasis iónica que conduce a la muerte celular que puede darse mediante dos mecanismos: apoptosis y necrosis que se diferencian en los marcadores bioquímicos que participan en su activación (8). Por estos cambios neurofisiológicos y la pérdida de unidades funcionales del cerebro que son las neuronas, existe una disfuncionalidad focal en la corteza, lo que se conoce como discapacidad. Las discapacidades se pueden clasificar en: motoras y de locomoción, de comunicación, cognitiva, visual y auditiva. (20)

3.2.1.4. Secuelas: Si bien puede presentarse un solo tipo, es más frecuente que se presenten en conjunto y es por esta razón que los pacientes pierden años de vida productiva u óptima libre de discapacidad, que, contextualizando esta información a datos estadísticos, en Colombia, al egreso hospitalario, un paciente sobreviviente de un ACV isquémico agudo pierde en promedio de 8,12 años de vida óptima libre de discapacidad. El proceso de rehabilitación entonces constituye uno de los pilares más importantes del tratamiento no farmacológico para la recuperación de la discapacidad del paciente pues tiene como finalidad tratar y/o compensar los déficits para conseguir la máxima capacidad funcional posible facilitando la independencia y la reintegración al entorno familiar, social y laboral. (21)

3.2.1.5. Escala FIM: Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM). Se trata de un instrumento ampliamente utilizado en la evaluación del estado funcional de sujetos afectados por trastornos neurológicos. Valora un total de 18 actividades, agrupadas en dos dimensiones, motora y cognitiva, estos 18 ítems son distribuidos en (13 motores y 5 cognitivos), cada ítem es puntuado de 1 a 7. La puntuación total es de 126 puntos, por lo que la puntuación final puede oscilar entre los 18 puntos (dependencia total), y los 126 puntos (independencia completa); correspondiéndole 91 puntos a la dimensión motora y 35 a la dimensión cognitiva (3). Esta escala consta de 18 ítems distribuidos en 6 categorías principales, la primera denominada: "Autocuidado", evalúa la capacidad de una persona para cuidar de sí misma en actividades básicas de la vida diaria, la segunda categoría se denomina: "Control de esfínteres", la cual se encarga de evaluar la capacidad de una persona para controlar sus funciones corporales, teniendo como ejemplo, el control de la micción y la defecación, como tercer categoría se denomina: "Transferencias", mide la habilidad de una persona para moverse de un lugar a otro o cambiar de posición en la cama, silla, etc. La cuarta categoría se denomina: "Desplazamiento", ésta evalúa la capacidad de una persona para moverse por su entorno y realizar actividades que requieren movilidad, como lo es caminar, usar una silla de ruedas, subir escaleras, etc. La quinta categoría se denomina: "Comunicación" Se encarga de medir la capacidad de una persona para expresarse y comprender el lenguaje verbal y no verbal. La sexta y última categoría se denomina "Comportamiento social", Ésta evalúa la habilidad de una persona para interactuar de manera apropiada en situaciones sociales y su capacidad para regular su conducta.

3.2.1.6. Diagnóstico: Un diagnóstico rápido y eficaz determina el curso de la enfermedad, lo cual obliga al personal de salud a conocer las manifestaciones clínicas, signos y síntomas que predominan en un ataque cerebrovascular. Una vez realizado el examen físico al paciente, se procede a tomar pruebas de imagen que en el ACV será la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear las cuales brindaran resultados pertinentes para confirmar el diagnóstico por ejemplo para la diferenciación entre ACV hemorrágico o isquémico.

3.2.1.7. Tratamiento y rehabilitación: Con respecto al tratamiento, generalmente se utilizan fármacos antihipertensivos como el labetalol para controlar las cifras de tensión arterial, que, al elevarse, constituyen un factor de riesgo inminente de producir un ACV. Los anticonvulsivantes, para disminuir el riesgo de las secuelas neurológicas, fármacos de elección como la fenitoína o el ácido valproílico (20).

Pero en este apartado, se busca brindar especial importancia a los procesos de rehabilitación temprana e intervención integral después del evento pues como se mencionó anteriormente, se pueden regenerar las conexiones axonales y sinápticas para compensar las funciones perdidas en el tejido dañado. Se enfoca la rehabilitación a la hemiparesia o en casos más severos, hemiplejía contralateral al hemisferio cerebral afectado; el déficit cognitivo por problemas de raciocinio, conciencia o memoria; déficit de lenguaje como disartria o afasia y la afección emocional, pues el paciente está consciente de su discapacidad de aparición súbita y puede tener problemas para controlar la expresión de sus emociones, la situación más frecuente después de un ACV es la depresión, lo que dificulta la rehabilitación y la recuperación óptima del paciente y a su vez dificulta los cuidados de las personas que están a su cargo. (22)

3.3. MARCO CONCEPTUAL

- **ICTUS:** Disfunción neurológica aguda producida por el infarto cerebral, hemorragia cerebral y hemorragia subaracnoidea. (23)
- **Hipopperfusión:** Disminución del flujo sanguíneo a un órgano. (18)
- **Isquemia:** Injuria celular por hipoxia en el tejido hipoperfundido. (18)
- **Hipoxia:** condición en la que células o tejidos no reciben suficiente oxígeno para su adecuado funcionamiento provocando daño o muerte celular. (18)
- **Hemiparesia:** Déficit motor incompleto que afecta a un hemicuerpo con disminución de la fuerza y la movilidad. (22)
- **Hemiplejia:** Es la pérdida completa de movilidad voluntaria en la mitad del cuerpo (derecha o izquierda). (22)
- **Afasia:** Trastorno del lenguaje que se caracteriza por la incapacidad o la dificultad de comunicarse mediante el habla, la escritura o la mímica y se debe a lesiones cerebrales. (22)

- **Disfagia:** Dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el esófago inferior. (24)
- **Astenia:** Debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente. (25)
- **Espasticidad:** trastorno neurológico de aumento del tono muscular involuntario y resistencia exagerada al movimiento pasivo articular causando contracción muscular involuntaria y sostenida. (25)
- **Tono muscular:** Se refiere a la tensión presente en un músculo en reposo. Se produce a través de la contracción muscular involuntaria y se mantiene mediante el equilibrio entre los reflejos espinales y la influencia del sistema nervioso central. (25)
- **Hipertonía:** Aumento del tono muscular con rigidez excesiva y resistencia al movimiento pasivo de las articulaciones. (25)
- **Hipotonía:** Disminución del tono muscular, debilidad y flacidez muscular. (25)
- **Atonía:** Pérdida completa del tono muscular que resulta en una falta de control sobre los músculos y la imposibilidad de movimiento (25).

3.4. MARCO LEGAL

La atención de urgencias de un paciente con ACV se encuentra enmarcada en Colombia en las siguientes normas: (26)

Ley 1751/2015 (Ley Estatutaria de Salud): esta norma indica que, ante una urgencia, se prohíbe negar el servicio en las instituciones de salud. (26)

Resolución 5596/2015: indica que las situaciones que representan un riesgo vital son de clasificación Triage I, es decir que requieren atención inmediata. (26)

Resolución 2003/2014: especifica el talento humano que se requiere en los servicios de urgencias. (26)

Ley 1164 de 2007: indica el contexto ético de la prestación de servicios de salud. (26)

3.5. MARCO DE ANTECEDENTES

3.5.1. INTERNACIONALES

Según la tesis denominada “Describir la calidad de vida actual en el adulto con ataque cerebrovascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017”, realizada en 2019 por Pacheco, donde se realizó un estudio no experimental, descriptivo, prospectivo, de corte transversal, con muestra de 45 pacientes. Se utilizó el cuestionario SF 36. La investigación estuvo constituida por adultos mayores en un 82,2% y adultos 17,8%, en su mayoría del sexo femenino (53,3%), conviviente (53,3%), de nivel de estudios secundarios (62,2%) y que realizan una labor independiente (40,0%). Sobre la calidad de vida, 42,2% refirió ser buena. Según la calidad de vida en la Dimensión Salud Física, el 35% es buena, el 45,5% regular y el 19,5% mala. Siendo los componentes con mejor pronóstico: Función Física (48,9%) y Dolor Corporal (40%); con mayor riesgo fueron: Rol Físico (57,8%) y Salud General (48,9%), cuyos porcentajes indican de regular a mala calidad de vida. Según la calidad de vida en la Dimensión Salud Mental, el 22,3% es buena, 47,7% regular y el 30% mala calidad. Siendo el componente más afectado: Rol Emocional (51,1%) y con menor compromiso fueron: Vitalidad (42,2%), Función Social (57,8%) y Salud Mental (57,8%) que indican regular calidad de vida. (27)

En una tesis denominada “Valorar la independencia funcional con la escala FIM en los pacientes con ataque cerebrovascular en el área de rehabilitación del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Junio – noviembre.” Realizada en 2016 por Mayra Carrera y Carmen González, se valoró la independencia funcional en los pacientes con ataque cerebrovascular. En este estudio cuantitativo, transversal, observacional y de tipo descriptivo se evaluó a 61 pacientes ambulatorios con diagnóstico de ACV, aplicando la escala FIM. Los resultados arrojaron mayor frecuencia en las edades de 71–80 años y de 81- 90 años, con el 23,0%, el género más afectado fue el femenino con el 60.7%; el tipo de ACV más frecuente fue el isquémico con el 65.6%. en el 60.7% de los pacientes se encuentra afectado la parte motora, dando como resultado el 29.5% con un nivel de independencia funcional moderada, seguido de 21.3% de pacientes que necesitan supervisión para realizar sus actividades de la vida diaria. Su conclusión fue: En el estudio demostró que el ACV afecta la funcionalidad del paciente y por lo tanto su calidad de vida. Esto hace importante la evaluación objetiva de cada paciente. (28)

3.5.2. NACIONALES

Revisando la literatura a nivel nacional, en un estudio realizado por Suárez año 2014 titulado: “Discapacidad y neurociencias: la magnitud del déficit neurológico y neuropsiquiátrico” publicado en el Acta Neurológica Colombiana, expone que las enfermedades neurológicas; independientemente de su etiología, originan discapacidades de diversos tipos y específicamente las causadas por un ataque

cerebrovascular se mencionan algunas como: intelectual (cognitiva), motora (física), visual (baja visión y ceguera), mental, auditiva (baja audición y sordera), apraxias, ataxias, agnosias, anosmia, ageusia, acromatopsia, disfagia orofaríngea, afasias, dislexias o agrafias, que también cursan como limitaciones y restricciones motoras. Cerca del 60% de pacientes sobrevivientes a un ACV posterior a un año presentaron disfunción motora residual en extremidad superior de un hemicuerpo y la frecuencia de limitaciones permanentes del funcionamiento se presenta de la siguiente manera: dificultad para movilizar y realizar actividades con extremidad superior 87.5%, dificultad de la memoria 41.1%, dificultad visual 30% y dificultad para hablar o entender 50%. Ahora bien, en la fase aguda la incidencia de afasia después de un ACV oscila alrededor del 30% mientras que en la fase crónica está entre un 20 y 40%. (29)

3.5.3. REGIONALES

En la Ciudad de Pasto, en un estudio realizado por Henao y Arcos en 2020 se analizó el comportamiento del ACV en personas que egresaban de la Fundación Hospital San Pedro. El estudio demostró que el rango de edad de mayor prevalencia de la ACV se encontraba entre los 70 y 79 años. Con un mayor porcentaje correspondiente al sexo masculino con un 57%. Los pacientes que sobreviven a un ictus cerebral presentan secuelas en su gran mayoría, dentro de las cuales se encuentran algunas como; paresias o plejías de alguna de sus extremidades, riesgo de caída durante la ejecución de actividades rutinarias, alteraciones de lenguaje, afasias, disfagia, amnesia o dificultades para razonar, trastornos emocionales y otros cambios en la conducta. (30)

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Determinar el grado de discapacidad e independencia funcional secundaria a ACV mayor a un año de evolución en pacientes atendidos en el HUDN de la ciudad de Pasto durante el año 2020, 2021 y el primer semestre de 2022.

4.2. ESPECÍFICOS

- Determinar socio demográficamente a la población de estudio.
- Caracterizar clínicamente a la población de estudio.
- Valorar mediante la escala FIM el grado de discapacidad e independencia funcional de los pacientes con diagnóstico de ACV mayor a un año de evolución.

5. METODOLOGÍA

5.1. DISEÑO DE ESTUDIO

5.1.1. ENFOQUE

Esta investigación se realizó mediante el enfoque cuantitativo.

- Se enfocó en la clasificación del grado de discapacidad y dependencia funcional presentada en los pacientes y posteriormente se interpretó los resultados según su frecuencia, es decir, de manera numérica.
- Se enfocó en la clasificación del grado de discapacidad e independencia funcional

5.1.2. TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó mediante un tipo de estudio observacional, de alcance descriptivo, con un corte longitudinal y un diseño ambispectivo.

- **Observacional:** Se pretendió describir un fenómeno dentro de la población estudio y conocer su distribución en la misma. Sin ninguna intervención por parte del equipo investigador.
- **Alcance Descriptivo:** Se limitó a medir la presencia y la distribución del fenómeno en la población estudio en determinado momento.
- **Corte Transversal:** Se situó en eventos desarrollados durante el año 2020, 2021 y 2022.
- **Diseño ambispectivo:** La obtención de datos sociodemográficos y clínicos de las historias clínicas se realizó en un periodo de tiempo pasado y recolección de datos según la escala FIM se realizó en el presente tiempo con el propósito de describir variables y analizar su comportamiento y evolución.

5.2. HIPÓTESIS

Ho = Pacientes con presencia de ACV mayor a un año de evolución SI generan Discapacidad/Independencia funcional.

Ha = Pacientes con presencia de ACV Mayor a un año de evolución NO generan Discapacidad/Independencia funcional.

Por consiguiente, este proyecto de investigación acepta la H_0 probando que los pacientes con ACV Mayor a un año generan discapacidad e independencia funcional.

Continuando tenemos que, con respecto a la edad se pensó que el pico con mayor presentación de ACV está entre los 60 a 68 años. Se presentó en mayor proporción en hombres con respecto a las mujeres y pudo ser más predominante en la raza mestiza respecto a la afrocolombiana. En cuanto al ente etiológico el ACV de tipo isquémico fue el que con mayor frecuencia se presentó en la población. El total de la escala FIM oscilaba entre 70 y 80 puntos totales y existía una correlación directamente proporcional entre la edad del paciente y el puntaje de la escala FIM.

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población:** Pacientes entre los 40 - 80 años diagnosticados con ACV atendidos en el HUDN durante el año 2020, 2021 y el primer semestre de 2022.
- **Muestra:** Puesto que la población estudio fue reducida no se realizó un muestreo y se tomó la población en su totalidad. Se realizó una depuración de los pacientes con ACV para los años 2020, 2021 y 2022 aplicando los criterios de inclusión y exclusión, propuestos en trabajo de investigación.

5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes que acudieron al HUDN durante el periodo establecido.
- Pacientes de ambos sexos entre los 40 y 80 años.
- Pacientes con diagnóstico de ataque cerebrovascular que se realizó mediante examen clínico e imagenológico.

5.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no sean del departamento de Nariño.
- Pacientes con otras enfermedades que tuvieran asociada alguna discapacidad, enfermedades terminales, retraso mental, psicosis o demencia previa al ictus.
- Paciente con antecedentes traumáticos previo al ACV.
- Pacientes con ataque cerebrovascular previo secueado.
- Pacientes que ingresaron con sospecha de ACV y egresaron con otro diagnóstico.
- Pacientes que sufrieron Ataque Transitorio Isquémico.
- Pacientes fallecidos.

5.4.3. Control de Sesgo

- **Sesgo de información:** Al encontrar historias clínicas incompletas o que omiten datos relevantes para nuestro estudio.
- **Sesgo de selección:** Sucedió al tener una población reducida secundario a un número bajo de pacientes que sí cumplían con los criterios de nuestro estudio.
- **Sesgo de diagnóstico:** Debido a que el ACV es una patología que cuenta con varios diagnósticos diferenciales, en las historias clínicas se encontró con alguno de ellos.

5.4.4. Instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos de esta investigación se llevó a cabo por cuatro estudiantes de décimo semestre de medicina de la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto, mediante la revisión de historias clínicas obtenidas de la base de datos del HUDN de las cuales se extrajo información sociodemográfica y clínica de los pacientes, igualmente se realizó llamadas telefónicas donde se contactó con el paciente o acudiente a quién se le realizó el cuestionario FIM para evaluar la discapacidad y dependencia funcional.

5.4.5. Variables

Tabla 1 Matriz de Variables

OBJETIVOS	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
Caracterizar socio - demográficamente los pacientes	EDAD	Años de vida del paciente al momento de la realización del estudio	Cuantitativa	Razón	Historia clínica
	SEXO	Fenotipo sexual del paciente	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
	RAZA	Grupos étnicos en los que se subdivide la especie humana	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
Caracterizar clínicamente los pacientes	TIPO DE ACV	Etiología	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
	TERRITORIO VASCULAR	Arteria cerebral afectada en el ataque cerebrovascular	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
	MANEJO AGUDO	Manejo al inicio del evento	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
Escala FIM	AUTOCUIDADO	La puntuación más alta es 7 siendo independencia completa y la mínima es 1 siendo asistencia total.	Cuantitativa	Ordinal	Llamada telefónica
	CONTROL ESFINTERIANO	La puntuación más alta es 7 siendo	Cuantitativa	Ordinal	Llamada telefónica

		independencia completa y la mínima es 1 siendo asistencia total.			
	TRANSFERENCIA	La puntuación más alta es 7 siendo independencia completa y la mínima es 1 siendo asistencia total.	Cuantitativa	Ordinal	Llamada telefónica
	LOCOMOCIÓN	La puntuación más alta es 7 siendo independencia completa y la mínima es 1 siendo asistencia total.	Cuantitativa	Ordinal	Llamada telefónica
	COMUNICACIÓN	La puntuación más alta es 7 siendo independencia completa y la mínima es 1 siendo asistencia total.	Cuantitativa	Ordinal	Llamada telefónica
	COGNICIÓN SOCIAL	La puntuación más alta es 7 siendo independencia completa y la mínima es 1 siendo asistencia total.	Cuantitativa	Ordinal	Llamada telefónica

Fuente: Esta investigación 2023

5.4.6. Plan de Análisis Estadístico

Mediante una base de datos en archivo xlsx - Excel versión 18.0 (2021) que contenía las variables del proyecto ***“Determinar el grado de discapacidad e independencia funcional secundaria a ACV mayor a un año de evolución en pacientes atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño - Pasto 2020, 2021 y el primer semestre de 2022”***, se depuraron y se exportaron en el programa IBM® SPSS Statistics versión 28.0.1. Demo, con una duración de 30 días a partir de registro en su página. Se procedió al análisis exploratorio de los datos para conocer la distribución, frente a sus frecuencias absolutas (#) y/o relativas (%), valores perdidos, valores atípicos, medidas de tendencia central y dispersión.

Para el análisis univariado de variables cualitativas se analizaron el mediante sus respectivas proporciones. Para de las variables cuantitativas se realizaron pruebas de ajuste para conocer el comportamiento frente a su distribución con la prueba de Kolmogorov-Smirnov arrojando la no normalidad e los datos para la variable edad.

En el análisis bivariado se analizó los objetivos propuestos en la investigación, se realizó la respectiva comparación de grupos. Para las variables cualitativas se realizó un análisis no paramétrico con las pruebas de comparación de proporciones no relacionadas (Chi2 >5) o (Fisher <5).

Se estableció en índice de confianza al 95% con un valor de significancia de $p < 0.05$ para cada una de las pruebas.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación respeta y cumple con los estándares internacionales de ética descritos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y según las normas establecidas por el Ministerio de Salud de Colombia en la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud según el artículo 11, se cataloga como una investigación “sin riesgo”, porque no se realiza ninguna intervención y tampoco se modifican las variables socioculturales de los individuos, pues se hace una revisión de base de datos y de historias clínicas.

Los datos suministrados en la historia clínica de cada participante estarán bajo anonimato garantizando la privacidad y confidencialidad de la información, la cual será usada única y exclusivamente con fines académicos y de investigación. (31)

7. RESULTADOS

Se realizó la depuración de pacientes con ACV para los años 2020, 2021 y 2022 aplicando los criterios de inclusión y exclusión, propuestos en trabajo de investigación.

Tabla 2 Selección de la población

POBLACIÓN TOTAL ACV 2020 – 2021 – 2022	2020		2021 – 2022	
	554		634	
Edad menor a 40 o mayor a 80 años	-185	369	-206	428
Pacientes fallecidos	-75	294	-84	344
Pacientes que no son del departamento de Nariño	-21	273	-24	320
Duplicados	-40	233	-37	283
Población Final	223		283	
	516			
ACV Transitorio	-18		498	
ACV previo con secuelas	-40		458	
Diagnóstico diferente a ACV	-141		317	
Ingresos en diciembre de 2019	-7		310	
Mayor a mayo De 2022	-70		240	
Población final (Criterios de exclusión)	240			
Pacientes que no atendieron la llamada y no aceptan estar en el estudio	-17		223	
Población final para el estudio	223			

Fuente: Esta investigación 2023.

En la Tabla 2 está representado todo el proceso de selección de la muestra correspondiente a nuestro estudio, proceso de selección y de depuración que se realizó manualmente posterior a la entrega de la base de datos por parte del HUDN, en esta selección se aplicaron todos los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos, del total de 1188 pacientes correspondientes a los años de 2020, 2021, 2022 durante la primer fase fueron eliminados aquellos que tenían una edad menor a 40 o mayor a 80 años, pacientes fallecidos durante la estancia hospitalaria, pacientes que no pertenecían al departamento de Nariño y aquellos pacientes que debido a su número de documento o de historia clínica se encontraban dígitos duplicados, permitiendo así retirar del estudio a 223 pacientes del año 2020 y 283 pacientes entre los años 2021 y 2022, teniendo como resultado

una nueva muestra de 516 pacientes. Durante la segunda fase de selección y depuración de pacientes al momento de revisar las historias clínicas fueron eliminados aquellos pacientes que presentaron un ACV transitorio, pacientes que ingresaron con diagnóstico sospecha de ACV pero al egreso se determinó un diagnóstico diferente, pacientes con antecedente de ACV previo, pacientes que ingresaron en el mes de diciembre del año 2019 y tuvieron egreso en el mes de enero del año 2020 y pacientes que no pertenecían al mes de mayo puesto que la base de datos fue entregada hasta la mitad del año de 2022 dando como resultado una nueva muestra de 240 pacientes y finalmente la tercera fase de selección y depuración de pacientes, se llevó a cabo durante la llamada de pacientes, excluyendo aquellos que no contestaron o aquellos que no brindaron su consentimiento para hacer parte del estudio, dando como resultado final nuestra población final para el estudio de 223 pacientes.

Se tuvo en cuenta la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según año de presentación del evento y se verifica en la siguiente tabla:

Tabla 3 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según año de presentación del evento

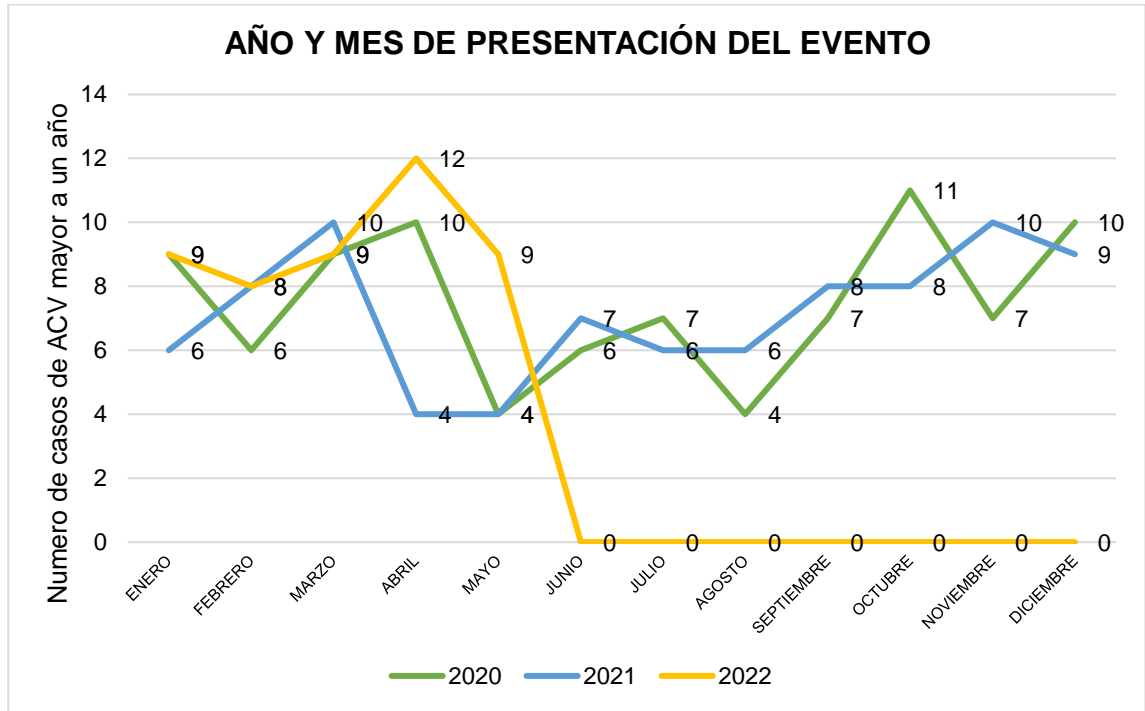
VARIABLE		#	%
AÑO	2020	90	40%
	2021	86	39%
	2022	47	21%
TOTAL		223	100%

Fuente: Esta investigación 2023.

En la Tabla 3 denominada Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según año de presentación del evento, se observa que, en el año 2020 se presentó el mayor número de pacientes con un total de 90 y un promedio del 40%, seguido del año 2021 donde se presentaron 86 pacientes los cuales representaron un promedio del 39% y finalmente la primera mitad del año 2022 donde acudieron 47 pacientes los cuales representan un 21% para completar el 100% de nuestra población estudio.

Se tuvo en cuenta la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según año y mes de presentación del evento y se verifica en la siguiente gráfica:

Grafica 1 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según año y mes de presentación del evento.



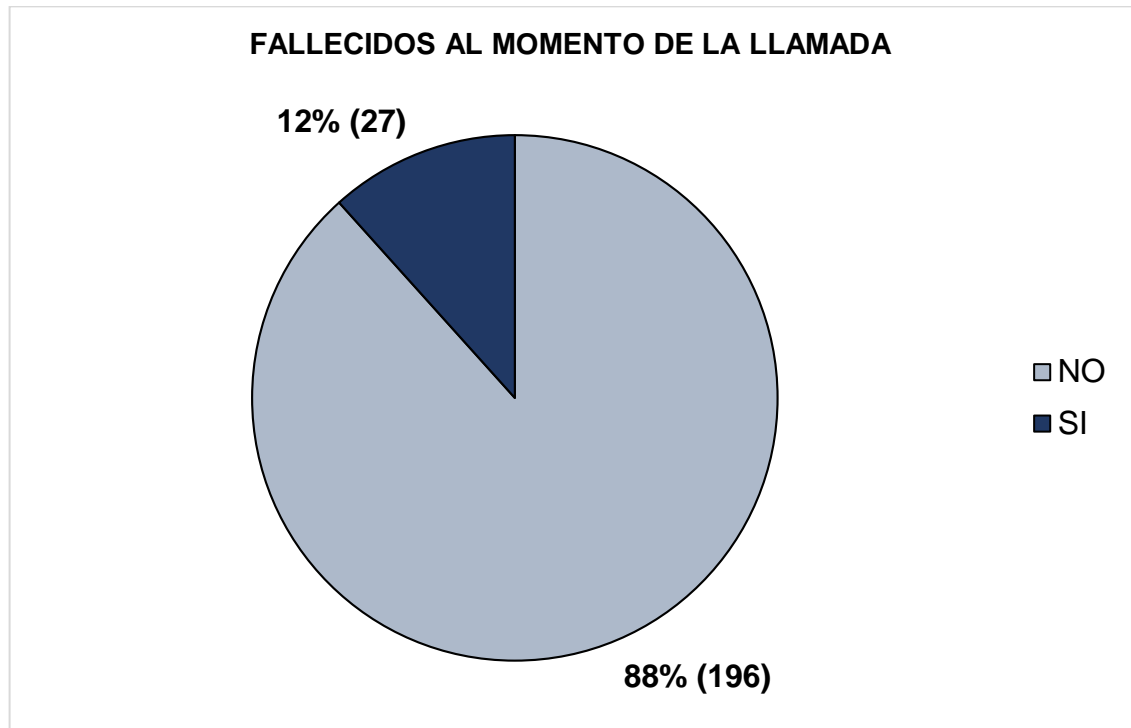
N = 223

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 1 correspondiente a la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según año y mes de presentación del evento, se observa que en el año 2020 representado con el color verde, durante este año el pico más alto de presentación se da en el mes de octubre con un total de 11 pacientes, mientras que los meses con menor presentación de pacientes con ACV son el mes de mayo y agosto con un total de 4 pacientes. El año 2021 mientras tanto es representado con el color azul, durante este año el pico más alto de presentación se da en los meses de marzo y noviembre con un total de 10 pacientes, mientras que los meses con menor presentación de pacientes con ACV son el mes de mayo y agosto con un total de 4 pacientes y por último el año 2022 en el cual solo son valorados los meses de enero hasta el mes de mayo, donde éste es representado con el color amarillo, durante este año el pico más alto de presentación se da en el mes de abril con un total de 12 pacientes, mientras que el mes con menor presentación de pacientes con ACV es el mes de mayo con un total de 4 pacientes.

Transcurrido el año de evolución, se tuvo en cuenta la distribución de pacientes fallecidos al momento de la llamada y se verifica en la siguiente gráfica:

Grafica 2 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según fallecidos al momento de la llamada.



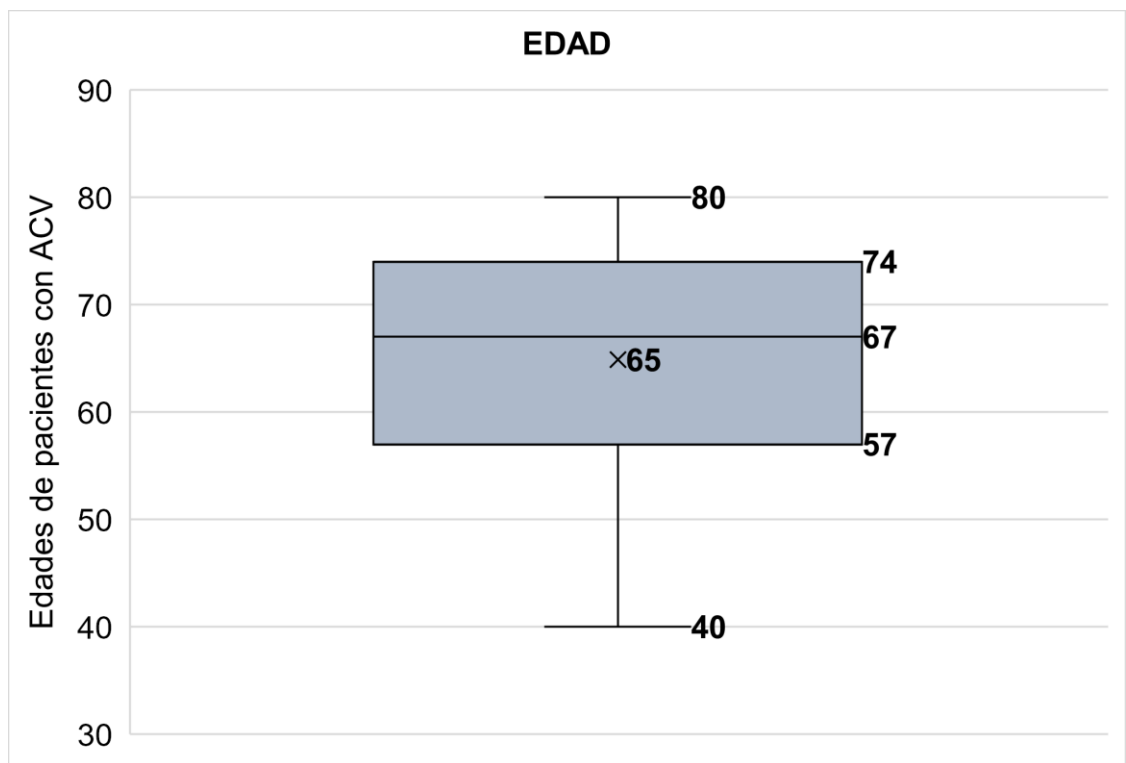
N = 223

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 2: Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según fallecidos al momento de la llamada, según la gráfica se concluye que, del total de 223 pacientes encuestados vía telefónica, 27 pacientes habían fallecido según información entregada por los familiares reflejado en un 12% y 196 personas se encontraban vivas reflejadas en un 88%.

7.1. Para dar cumplimiento al objetivo número 1: Determinar socio demográficamente a la población de estudio. Se presenta las siguientes gráficas y tablas:

Grafica 3 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según edad.

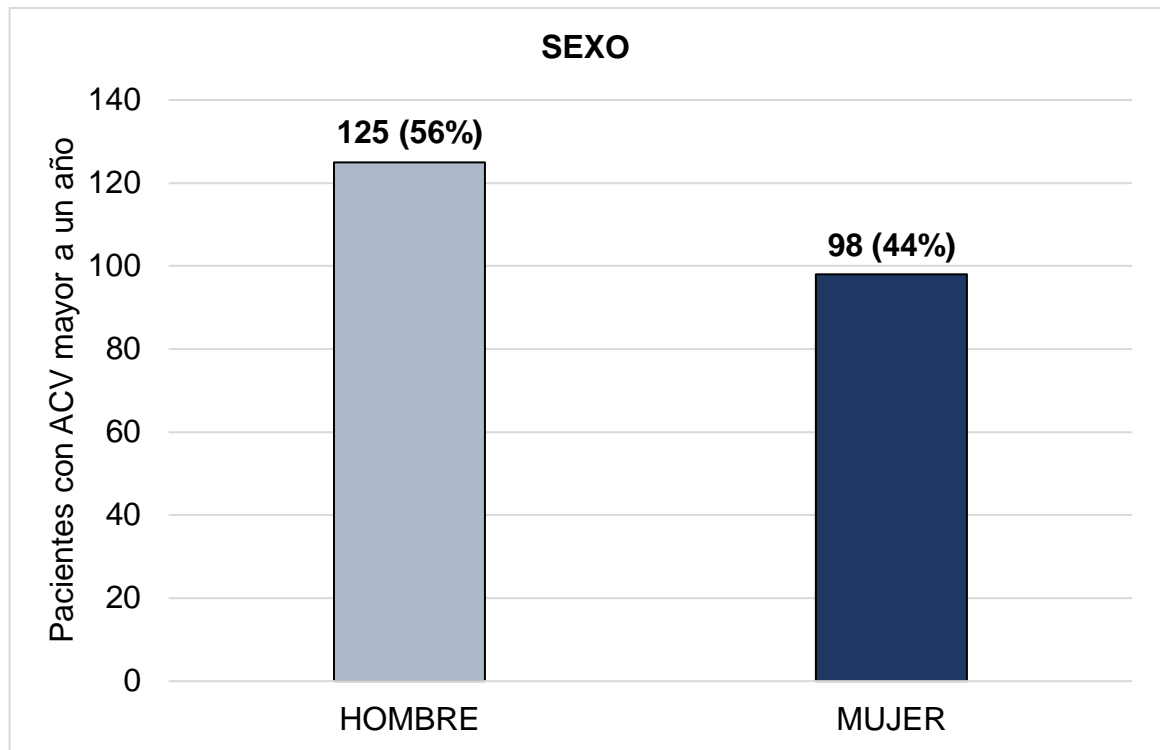


N = 223

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 3 correspondiente a la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución según edad, con un tamaño de muestra de 223 pacientes, se identifica que el punto máximo es de 80 años, el punto mínimo es de 40 años donde el primer cuartil está repartido entre los 40 y 57 años, el segundo cuartil entre los años 57 y 67 años, el tercer cuartil entre las edades de 67 y 74 años y finalmente el ultimo cuartil entre los 74 y 80 años, y la media ubicada en los 65 años.

Grafica 4 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según sexo.

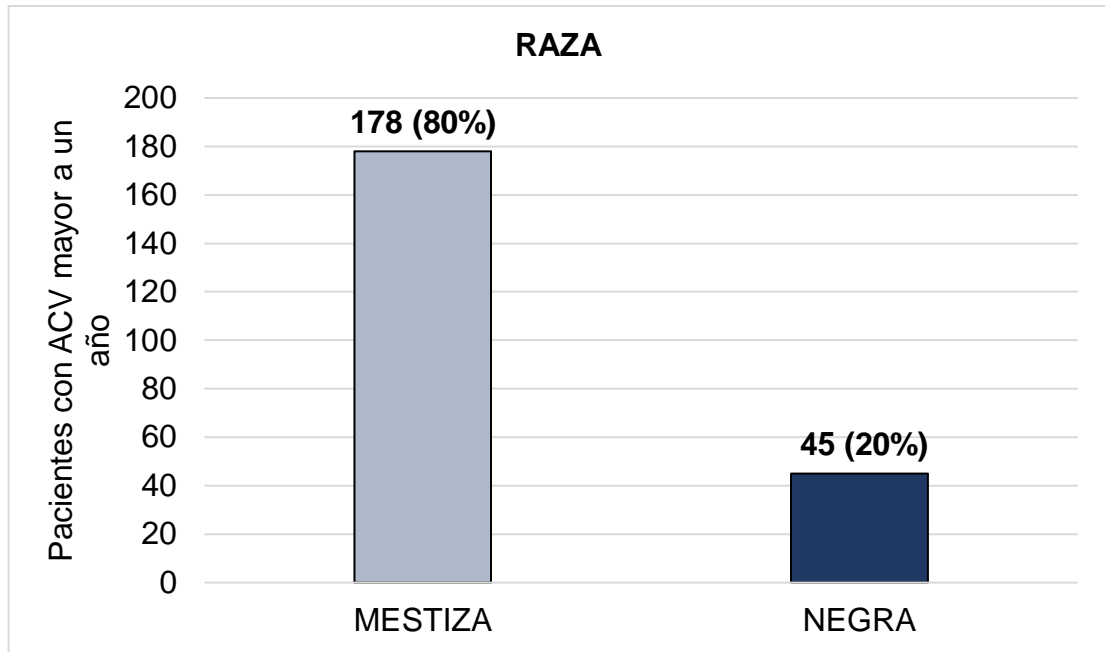


N = 223

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 4 correspondiente a la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución según sexo, se infiere que, del total de la población representada por 223 pacientes, la población con mayor presentación corresponde a los hombres con un total de 125 (56%) pacientes y que las mujeres tienen una menor presentación puesto que presentan 98 (44%) pacientes del total estudiados.

Grafica 5 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según raza.



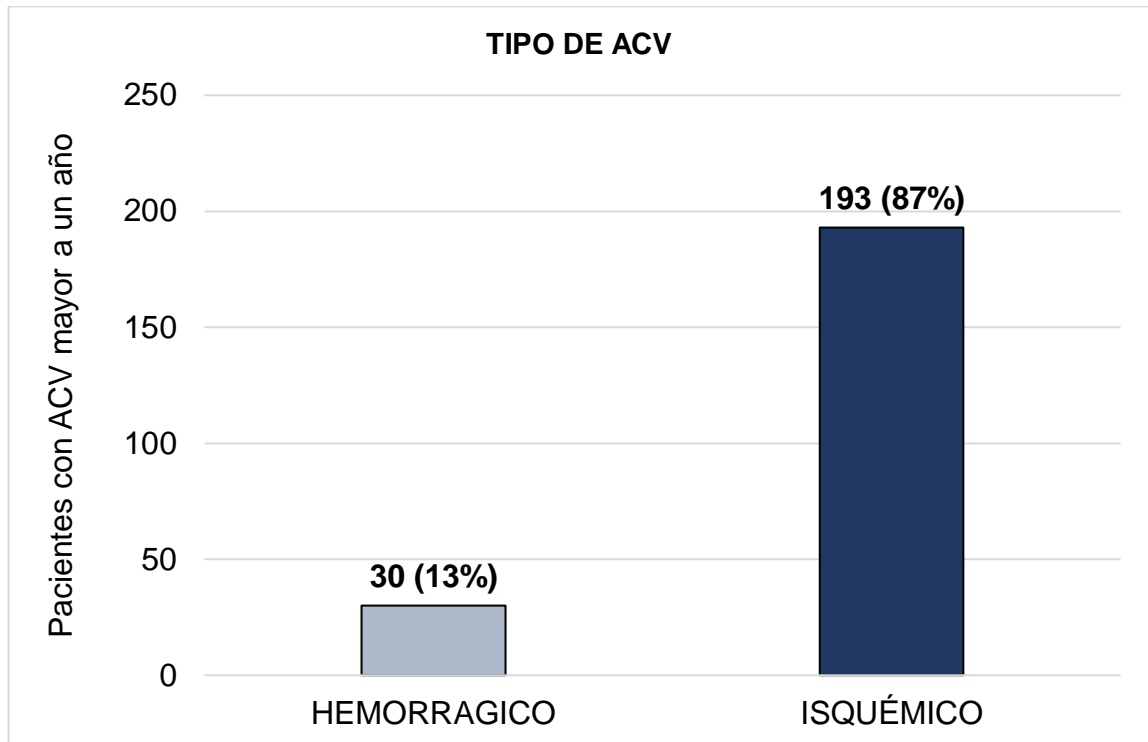
N = 223

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 5: Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según la raza, se infiere que, del total de la población representada en 223 pacientes, la población que con mayor frecuencia presenta ACV es la raza mestiza con un total de 178 (80%) pacientes y en menor frecuencia la raza afrocolombiana; puesto que está representada por 45 (20%) pacientes del total estudiados. Para la población indígena, raizal, y room, no se encontraron datos en la historia clínica.

7.2. Para dar cumplimiento al objetivo número 2 “Caracterizar clínicamente a la población de estudio” se presenta las siguientes gráficas y tablas:

Grafica 6 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según tipo de ACV.



N = 223

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 6: distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según tipo de ACV, se deduce que, del total de la población representada por 223 pacientes, el ACV isquémico es el que se presenta con mayor frecuencia con una totalidad de 193 (87%) pacientes y el ACV de tipo hemorrágico se presenta con menor frecuencia con un total de 30 (13%) pacientes del total de la población a estudio.

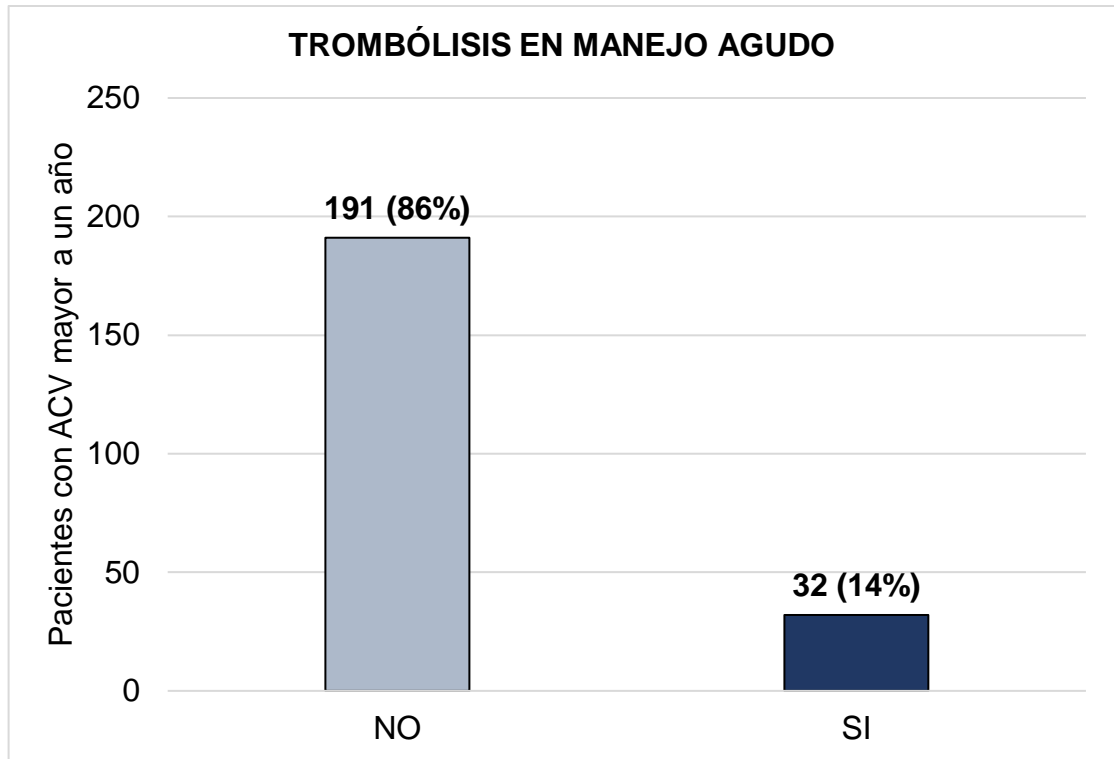
Tabla 4 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según territorio vascular.

VARIABLE		#	%
TERRITORIO VASCULAR	ARTERIA CEREBELOSA ANTERIOR INFERIOR	8	4%
	ARTERIA CEREBELOSA POSTERIOR INFERIOR	15	7%
	ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR	39	17%
	ARTERIA CEREBRAL MEDIA	116	52%
	ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR	15	7%
	CEREBELOSO	7	3%
	GANGLIO BASALES	10	4%
	LOBULO OCCIPITAL	2	1%
	LOBULO PARIETAL	4	2%
	NUCLEO CAUDADO	3	1%
	TALÁMICO	4	2%
TOTAL		223	100%

Fuente: Esta investigación 2023.

Tabla 4: Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según territorio vascular, se concluye que, del total de la población representada en 223 pacientes, la arteria cerebral media es donde se presenta con un mayor porcentaje equivalente al 52%, es decir, 116 pacientes; en la arteria cerebral anterior con un porcentaje de del 17%, es decir, 39 pacientes; en las arterias cerebelosa posterior inferior y la arteria cerebral posterior se presenta en un mismo porcentaje equivalente 7% con 15 pacientes cada una; en los ganglios basales con un porcentaje de del 4%, es decir, 10 pacientes; arteria cerebelosa anterior inferior con un porcentaje del 4%, es decir, 8 pacientes; en el cerebelo con un porcentaje del 3% , es decir, 7 pacientes; lóbulo parietal y talámico con un porcentaje del 2%, es decir, 4 pacientes cada uno; núcleo caudado con un porcentaje del 1%, es decir, 3 pacientes y finalmente y con menor frecuencia el lóbulo occipital representado con el 1%, es decir, 2 pacientes .

Grafica 7 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según trombólisis en manejo agudo.



N = 223

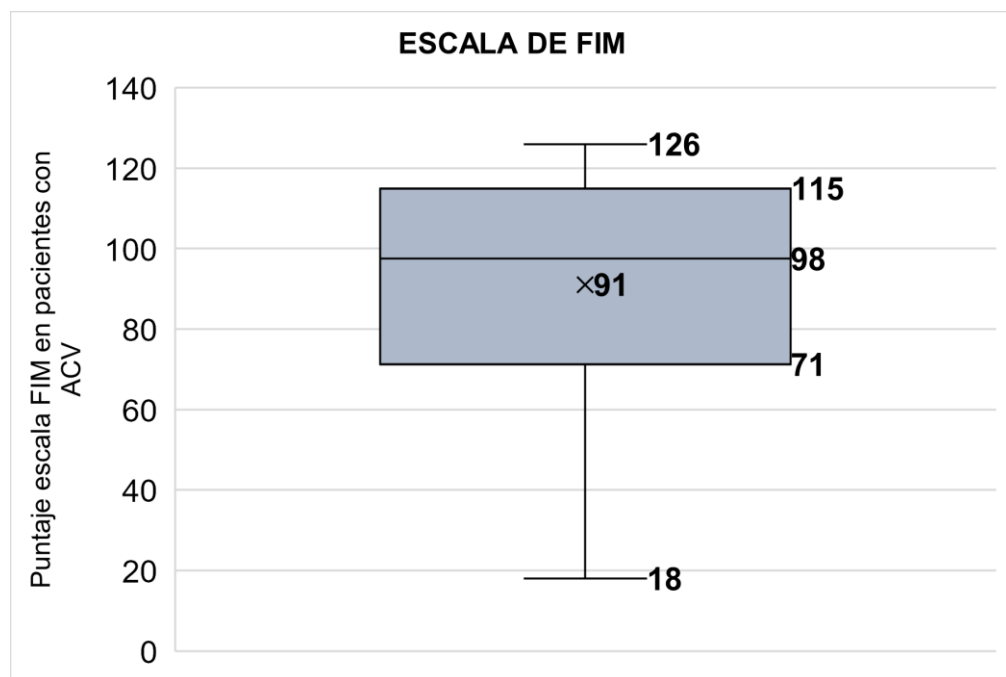
Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 7: Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según trombólisis en manejo agudo. De acuerdo con la gráfica se deduce que, del total de 223 pacientes, 191 (86%) pacientes no requirieron trombólisis como tratamiento y tan solo 32 (14%) pacientes si lo necesitaron.

7.3. Para dar cumplimiento al objetivo número 3: Valorar mediante la escala FIM el grado de discapacidad e independencia funcional de los pacientes con diagnóstico de ACV mayor a un año de evolución. A continuación, se presenta las siguientes gráficas y tablas:

Para el siguiente resultado se tiene en cuenta de acuerdo con la Escala FIM la media del valor total de los puntajes obtenidos de acuerdo con el grado de independencia funcional.

Grafica 8 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según puntaje de escala de FIM



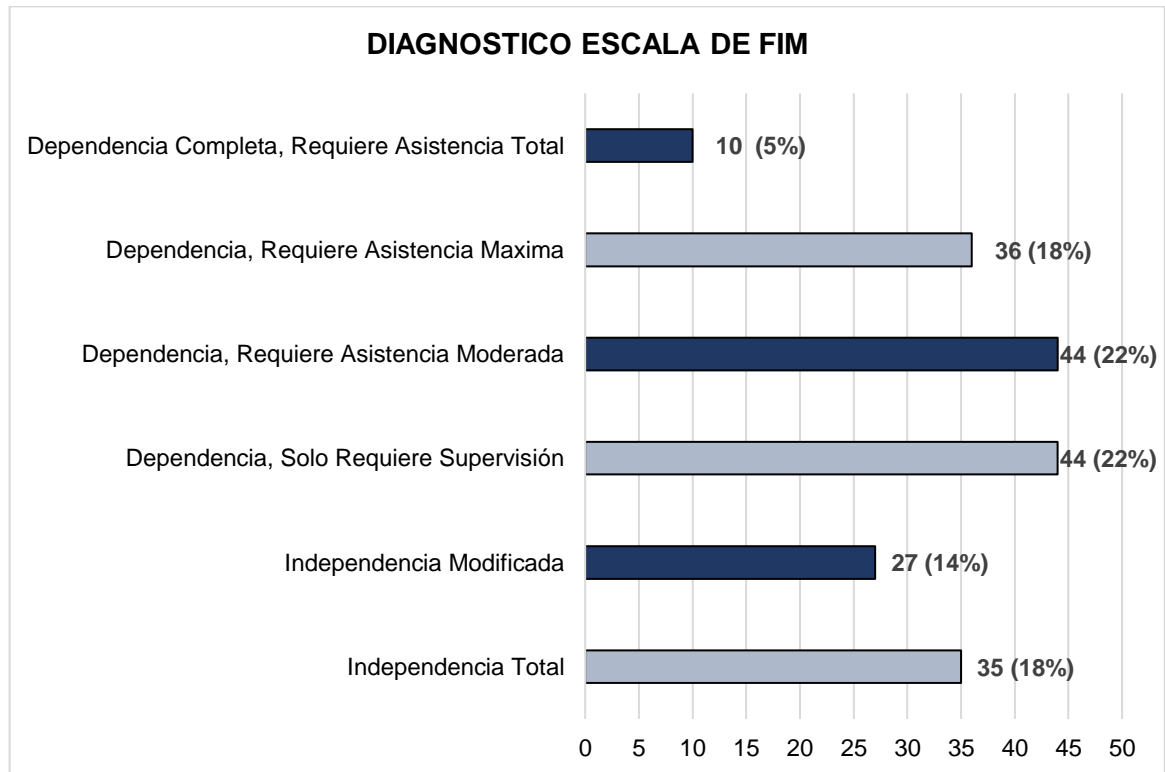
N = 196

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 8 correspondiente a la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según puntaje de escala de FIM, con un tamaño de muestra de 196 pacientes, se identifica que el punto máximo es de 126 puntos en la escala FIM, el punto mínimo es de 18 puntos en la escala FIM donde el primer cuartil está repartido entre los 18 y 71 puntos en la escala FIM, el segundo cuartil entre los 71 y 98 puntos en la escala FIM, el tercer cuartil entre 98 y 115 puntos en la escala FIM y finalmente el ultimo cuartil entre los 115 y 126 puntos en la escala FIM, y la media ubicada en los 91 puntos de la escala FIM.

De acuerdo con la cuantificación de los resultados, se genera la tabla de diagnóstico de la Escala de FIM desde la interpretación y resultado final.

Grafica 9 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según diagnóstico escala de FIM

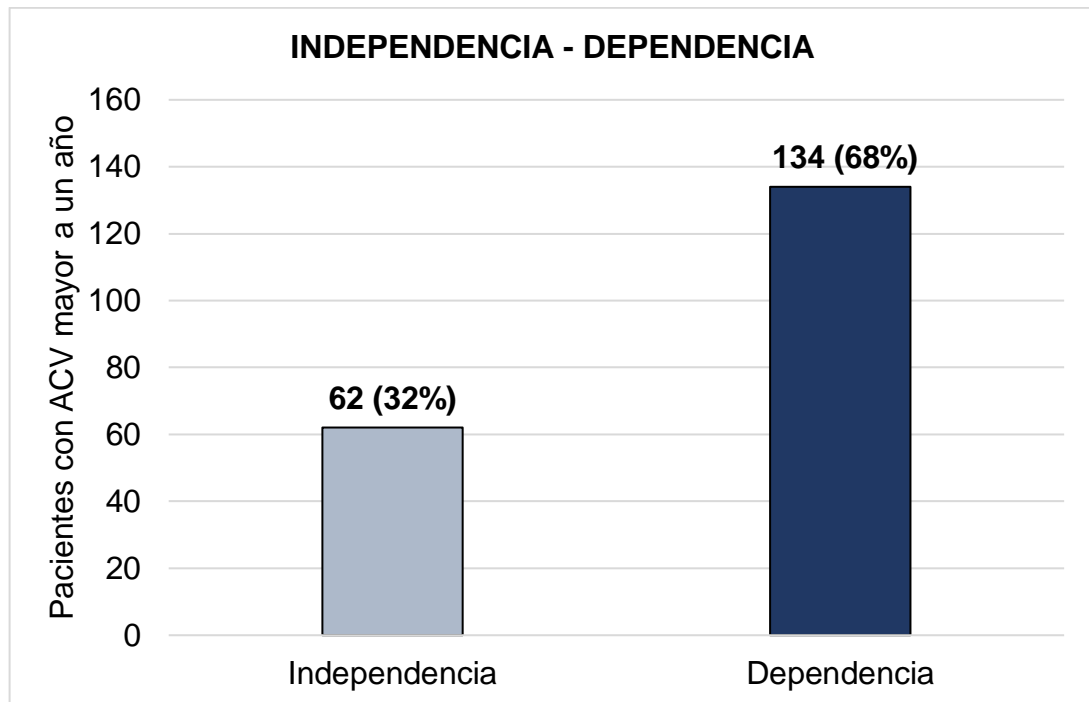


N = 196

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 9 correspondiente a la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según diagnóstico escala de FIM, con un tamaño de muestra de 196 pacientes de los cuales 44 (22%) de ellos tienen dependencia y requieren asistencia moderada, 44 (22%) pacientes tienen dependencia y solo requieren supervisión, 36 (18%) pacientes tienen dependencia y requieren asistencia máxima, 35 (18%) pacientes tienen independencia total, 27 (14%) pacientes tienen independencia modificada y 10 (5%) pacientes tienen dependencia completa y requieren asistencia total.

Grafica 10 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según diagnóstico escala de FIM CAT.

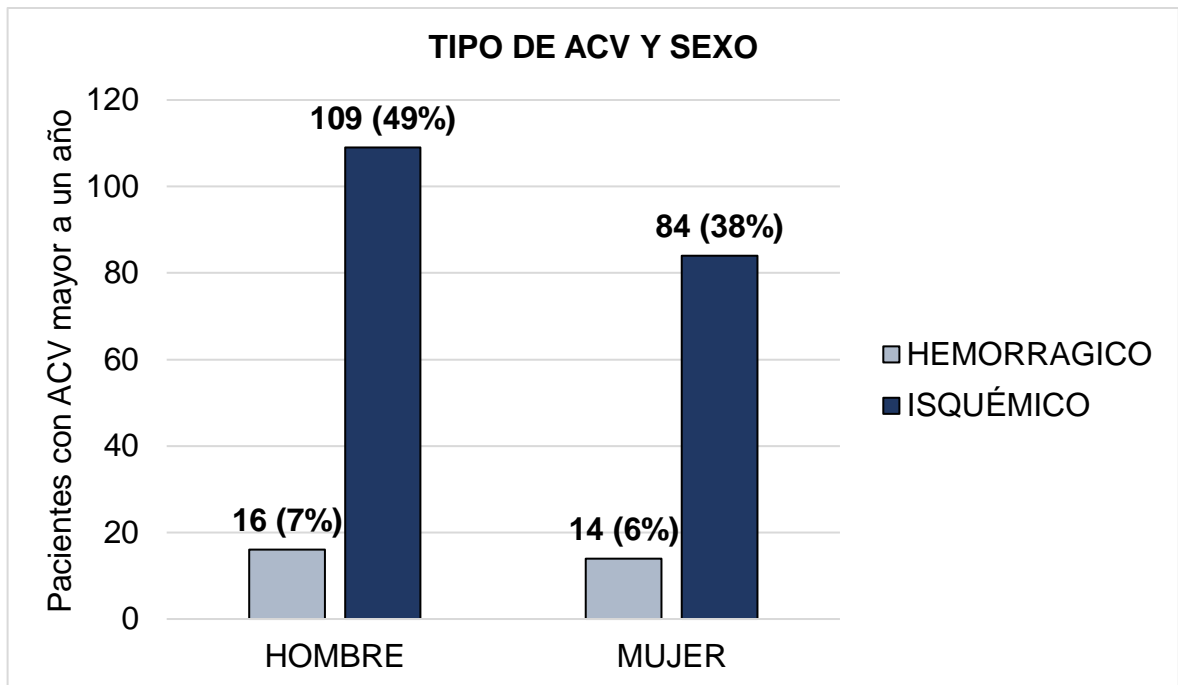


N = 196

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 10 correspondiente a la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según diagnóstico escala de FIM CAT, se infiere que, del total de la población representada por 196 pacientes, 134 (68%) de ellos con mayor presentación son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM y 62 (32%) pacientes con menor presentación son independientes según el diagnóstico de la escala FIM.

Grafica 11 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según tipo de ACV y sexo



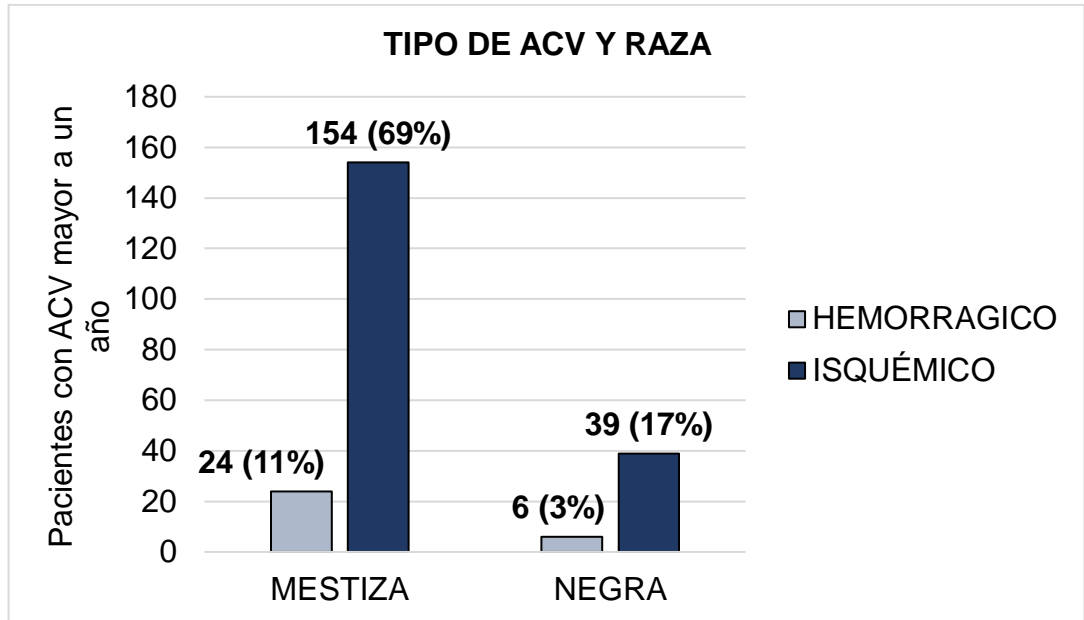
N = 223

Valor Prueba de Chi – cuadrado de Pearson: 0.1041 p-valor: 0,448

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 11 correspondiente a la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según tipo de ACV y sexo, se infiere que, del total de la población representada por 223 pacientes la población con mayor presentación corresponde a los hombres, de los cuales 16 (7%) pacientes padecieron un ACV tipo hemorrágico y 109 (49%) pacientes padecieron un ACV tipo isquémico, con un total de 125 pacientes y que las mujeres tienen una menor presentación de las cuales 14 (6%) padecieron ACV tipo hemorrágico y 84 (38%) padecieron ACV tipo isquémico con un total de 98 pacientes. La prueba estadística **Chi – cuadrado de Pearson: 0.104 p-valor: 0.448**, no representa significancia estadística para la comparación de los grupos entre sexo y tipo de ACV. Lo anterior demuestra la no dependencia entre estas dos variables.

Grafica 12 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según tipo de ACV y raza



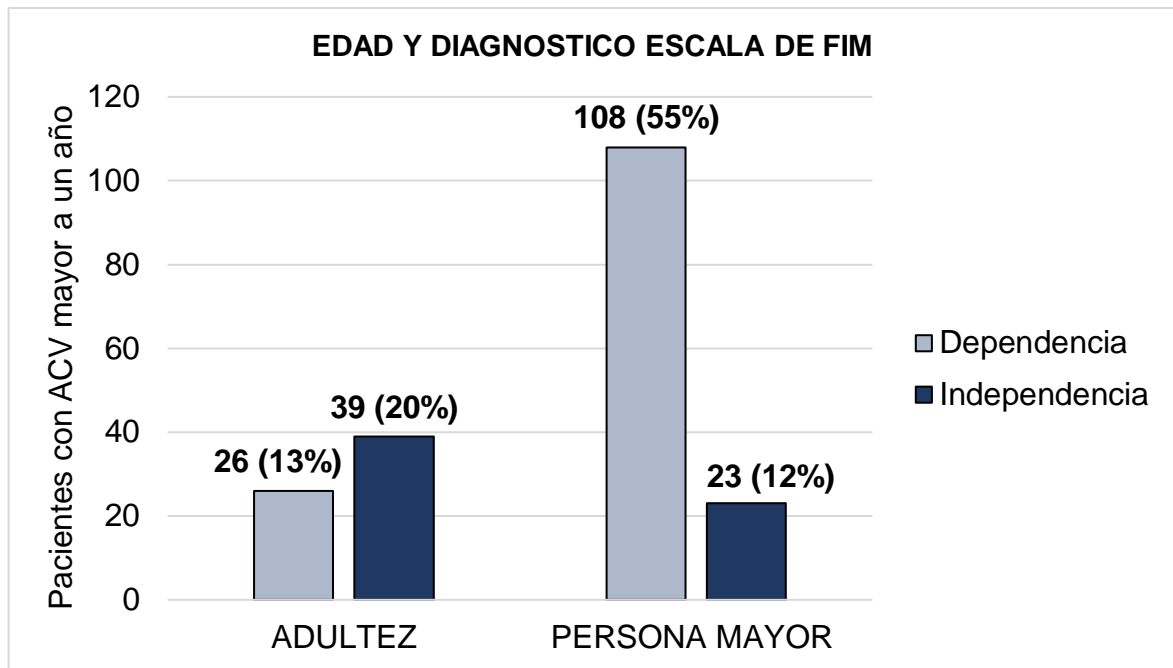
N = 223

Valor Prueba de Chi – cuadrado de Pearson: 0.0007 p-valor: 0,593

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 12 correspondiente a la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según tipo de ACV y raza, se infiere que, del total de la población representada por 223 pacientes la raza en la cual se presenta más casos de ACV es la mestiza de los cuales 24 (11%) pacientes se clasifican en ACV tipo hemorrágico y 154 (69%) pacientes se clasifican en ACV tipo isquémico, con un total de 178 pacientes y que la raza afrocolombiana tiene una menor presentación de las cuales 6 (3%) pacientes se clasifican en ACV tipo hemorrágico y 39 (17%) pacientes se clasifican en ACV tipo isquémico con un total de 45 pacientes. La prueba estadística **Chi – cuadrado de Pearson: 0.0007 p-valor: 0.593**, no representa significancia estadística para la comparación de los grupos entre raza y tipo de ACV. Lo anterior demuestra la no dependencia entre estas dos variables.

Grafica 13 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según edad y diagnostico escala de FIM CAT.



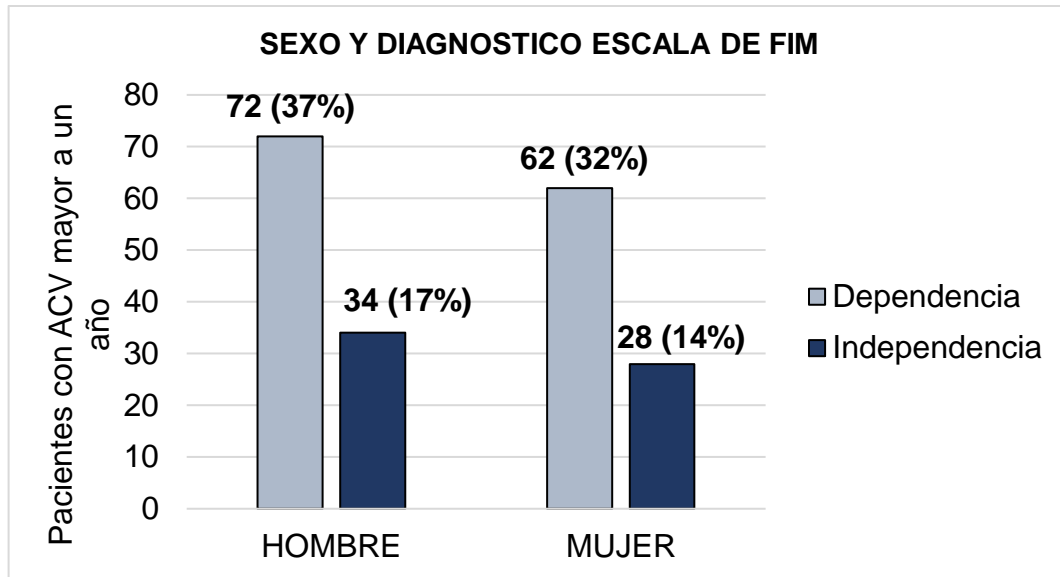
N = 196

Valor Prueba de Chi – cuadrado de Pearson: 36.186 p-valor: 0

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 13 correspondiente a la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según edad y diagnostico escala de FIM CAT, se infiere que, del total de la población representada por 196 pacientes, 65 pacientes se encuentran en el grupo etario de adultez; de ellos, 26 (13%) pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM y 39 (20%) son independientes según el diagnóstico de la escala FIM. Ahora bien, 131 pacientes se encuentran en el grupo etario de persona mayor y de ellos, 108 (105%) pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM y 23 (12%) pacientes son independientes según el diagnóstico de la escala FIM. La prueba estadística **Chi – cuadrado de Pearson: 36.186 p-valor: 0**, representa significancia estadística para la comparación de los grupos entre edad y escala FIM. Lo anterior demuestra la dependencia entre estas dos variables, pero con un alto valor de su prueba de confiabilidad y su valor de p en 0, se recomienda el aumento de tamaño de muestras.

Grafica 14 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según sexo y diagnostico escala de FIM CAT.



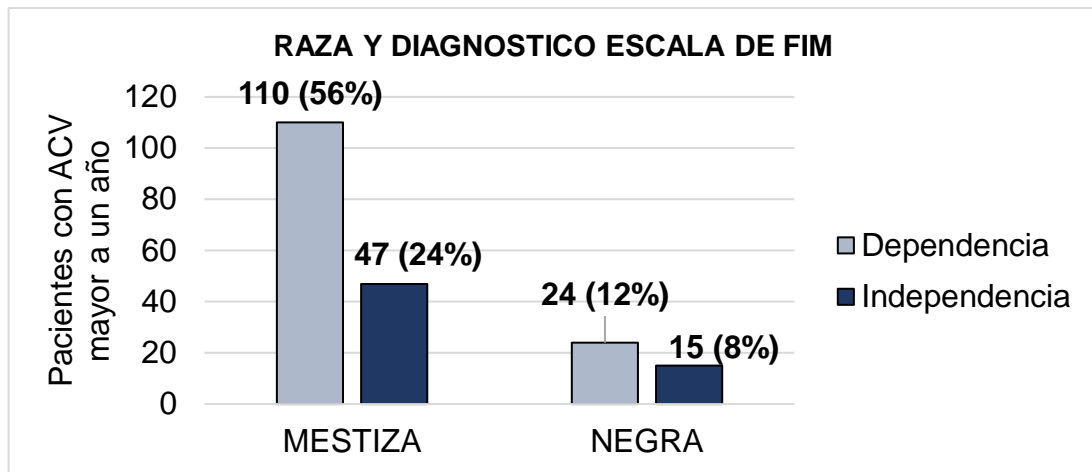
N = 196

Valor Prueba de Chi – cuadrado de Pearson: 0.020 p-valor: 0,443

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 14 correspondiente a la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según sexo y diagnostico escala de FIM CAT, se infiere que, del total de la población representada por 196 pacientes, 106 pacientes son hombres, de ellos, 72 (37%) pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM y 34 (17%) son independientes según el diagnóstico de la escala FIM. De lo anterior, 90 pacientes son mujeres y de ellos, 62 (32%) pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM y 28 (14%) pacientes son independientes según el diagnóstico de la escala FIM. La prueba estadística **Chi – cuadrado de Pearson: 0.020 p-valor: 0.443**, no representa significancia estadística para la comparación de los grupos entre sexo y escala de FIM. Lo anterior demuestra la no dependencia entre estas dos variables.

Grafica 15 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según raza y diagnostico escala de FIM CAT.



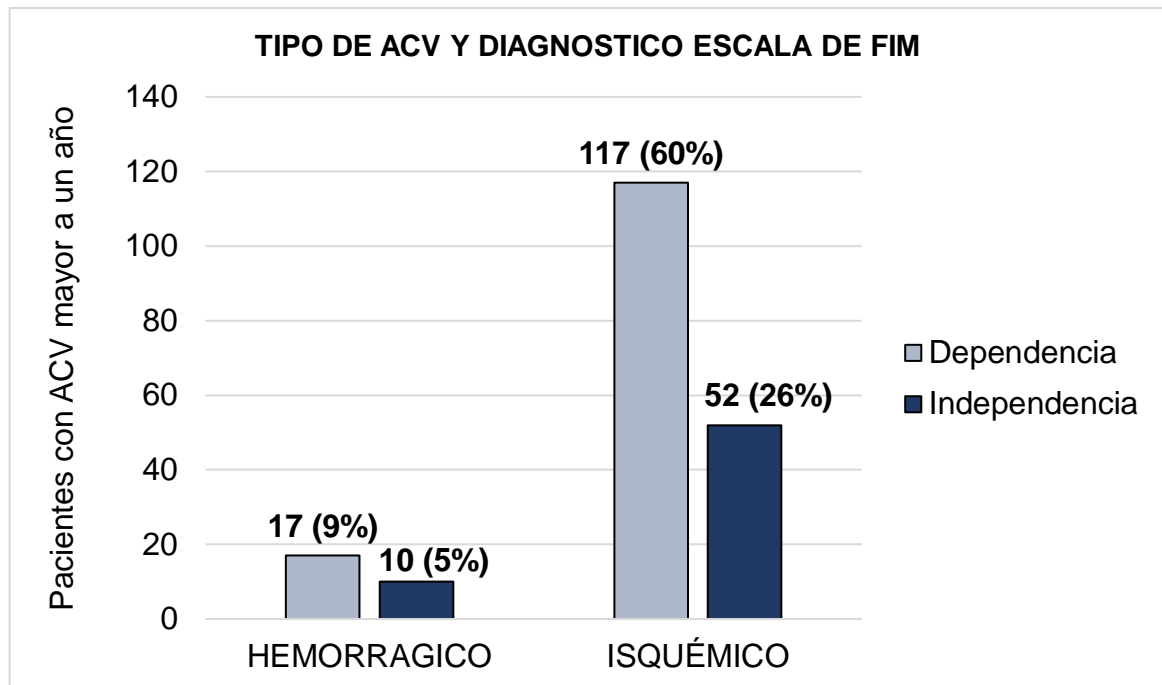
N = 196

Valor Prueba de Chi – cuadrado de Pearson: 1.049 p-valor: 0.157

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 15 correspondiente a la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según raza y diagnostico escala de FIM CAT, se infiere que, del total de la población representada por 196 pacientes, 157 pacientes son de raza mestiza, de ellos, 110 (56%) pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM y 47 (24%) son independientes según el diagnóstico de la escala FIM. Ahora bien, los 39 pacientes restantes, son de raza afrocolombiana y de ellos, 24 (12%) pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM y 15 (8%) pacientes son independientes según el diagnóstico de la escala FIM. La prueba estadística **Chi – cuadrado de Pearson: 1.049 p-valor: 0.157**, no representa significancia estadística para la comparación de los grupos entre raza y escala FIM. Lo anterior demuestra la no dependencia entre estas dos variables.

Grafica 16 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según tipo de ACV y diagnostico escala de FIM CAT.



N = 196

Valor Prueba de Chi – cuadrado de Pearson: 0.422 p-valor: 0.259

Fuente: Esta investigación 2023.

Grafica 16 correspondiente a la distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según tipo de ACV y diagnostico escala de FIM CAT, se infiere que, del total de la población representada por 196 pacientes, 27 pacientes tuvieron un ataque cerebrovascular de tipo hemorrágico, de ellos, 17 (9%) pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM y 10 (5%) son independientes según el diagnóstico de la escala FIM. Ahora bien, los 169 pacientes restantes, tuvieron un ataque cerebrovascular de tipo isquémico y de ellos, 117 (60%) pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM y 52 (26%) pacientes son independientes según el diagnóstico de la escala FIM. La prueba estadística **Chi – cuadrado de Pearson: 0.422 p-valor: 0.259**, no representa significancia estadística para la comparación de los grupos entre tipo de ACV y escala FIM. Lo anterior demuestra la no dependencia entre estas dos variables.

Tabla 5 Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según territorio vascular y diagnóstico escala de FIM CAT.

VARIABLE	DEPENDENCIA		INDEPENDENCIA	
	#	%	#	%
ARTERIA CEREBELOSA ANTERIOR INFERIOR	2	1%	2	3%
ARTERIA CEREBELOSA POSTERIOR INFERIOR	8	6%	7	11%
ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR	27	20%	11	18%
ARTERIA CEREBRAL MEDIA	71	53%	28	45%
ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR	9	7%	4	6%
CEREBELOSO	4	3%	3	5%
GANGLIO BASALES	7	5%	2	3%
LOBULO OCCIPITAL	0	0%	1	2%
LOBULO PARIETAL	2	1%	1	2%
NUCLEO CAUDADO	1	1%	2	3%
TALÁMICO	3	2%	1	2%
TOTAL	134	100%	62	100%

Fuente: Esta investigación 2023.

En la Tabla 5 denominada Distribución de pacientes con ACV mayor a un año de evolución, según territorio vascular y diagnóstico escala de FIM CAT, se observa que de los ataques cerebrovasculares de tipo isquémico que afectaron la arteria cerebelosa anterior inferior, 2 pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 1%, mientras que 2 pacientes son independientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 1%.

De los ataques cerebrovasculares de tipo isquémico que afectaron la arteria cerebelosa posterior inferior, 8 pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 6%, mientras que 7 pacientes son independientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 11%.

De los ataques cerebrovasculares de tipo isquémico que afectaron la arteria cerebral anterior, 27 pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 20%, mientras que 11 pacientes son independientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 18%.

De ACV de tipo isquémico que afectaron la arteria cerebral media, 71 pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 53%, mientras que 28 pacientes son independientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 45%.

En cuanto a la afectación de la arteria cerebral posterior, 9 pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 7%, mientras que 4 pacientes son independientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 6%.

De tipo hemorrágico que afectaron el territorio cerebeloso, 4 pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 3%, mientras que 3 pacientes son independientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 5%.

En cuanto a los de tipo hemorrágico que afectaron el territorio de los ganglios basales, 7 pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 5%, mientras que 2 pacientes son independientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 3%.

Por otra parte, los de tipo hemorrágico que afectaron el territorio del lóbulo occipital, 0 pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 0%, mientras que 1 paciente es independiente según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 2%.

Aquellos que afectaron el territorio del lóbulo parietal, 2 pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 1%, mientras que 1 paciente es independiente según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 2%.

Igualmente, los que afectaron el territorio del núcleo caudado, 1 paciente es dependiente según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 1%, mientras que 2 pacientes son independientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 3%.

De los ataques cerebrovasculares de tipo hemorrágico que afectaron el territorio talámico, 3 pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 2%, mientras que 1 paciente es independiente según el diagnóstico de la escala FIM, representados en un porcentaje del 2%, para completar el 100% de los pacientes dependientes según el diagnóstico de la escala FIM y los pacientes independientes según el diagnóstico de la escala FIM en relación al territorio vascular afectado de nuestra población estudio.

8. DISCUSIÓN

Con respecto a la caracterización socio demográfica de la población a estudio, dentro de los hallazgos más importantes de esta investigación y teniendo en cuenta la población total de 223 pacientes, se identificó que la edad media está ubicada hacia los 65 años (Gráfica #3) y en cuanto a la distribución de pacientes según el sexo, la mayor presentación corresponde a los hombres con un total de 125 pacientes y las mujeres con una menor presentación de 98 pacientes del total estudiados (Gráfica #4). En contraste, con el estudio de Tanlaka y otros, donde la población total correspondía a 2404 pacientes evaluados durante 4 años, los resultados corresponden a: edad media de presentación 69 años y la distribución frente a la característica sexo tiene un predominio sobre los hombres con un 56.8 % respecto a un 43.2% en las mujeres (32). Lo que sugiere una tendencia demográfica coherente con el presente estudio y el estudio mencionado ya que se evidencia que la edad media de presentación no difiere significativamente y que respecto al sexo, los hombres son más propensos a padecer ACV que las mujeres. Sin embargo en contraste el estudio realizado por Colina y otros donde a pesar de tener un número muestral muy reducido de 31 pacientes el rango etario está ubicado hacia los 70 - 80 años con una media de 73 años además que el sexo femenino presenta una mayor proporción de presentación de ACV respecto al sexo masculino (33), aunado se encuentra el estudio de Salazar y Sandoval realizado en una población de 122 pacientes la cuál se ve representada por el sexo femenino con un total de 70 pacientes. (34). Dando así a entender que dependiendo de la población estudiada no siempre los hombres serán los que más predisposición tengan hacia padecer un ACV.

Del mismo modo, a fin de caracterizar clínicamente a la población a estudio, en el presente trabajo se encontró que, según el tipo de ACV, del total de la muestra concerniente a 223 pacientes, el ACV isquémico se presenta con mayor frecuencia con una totalidad de 193 pacientes y el ACV de tipo hemorrágico se presenta con menor frecuencia con un total de 30 pacientes (Gráfica #6). En semejanza a otros estudios, primero el estudio de Tanlaka y otros, el ACV tanto de tipo hemorrágico como el isquémico tuvieron un comportamiento similar, donde el ACV de tipo isquémico tiene un mayor predominio con un porcentaje del 82.5% frente al ACV de tipo hemorrágico el cual se presenta con un porcentaje del 17.5%. (32). Del mismo modo en el estudio de Vázquez y otros, estudio que incluyó un total de 365 pacientes

de los cuales 256 pacientes presentaron ACV de tipo isquémico con un porcentaje del 70.1% y en menor cantidad el ACV de tipo hemorrágico con 109 pacientes representados en un 29,9%. (35). Lo cual indica que clínicamente la caracterización de los estudios es muy semejante encontrándose resultados afines, debido a que, en los tres estudios, incluyendo el propio, se demuestra que el ataque cerebrovascular de tipo isquémico tuvo mayor incidencia que el de tipo hemorrágico.

Dando seguimiento a la caracterización clínica de los pacientes, para el presente estudio se tiene la distribución de pacientes según territorio vascular, donde la arteria cerebral media presenta un mayor porcentaje equivalente al 52%, la arteria cerebral anterior un porcentaje del 17%, la arteria cerebral posterior y la arteria cerebelosa postero inferior se presentan con un mismo porcentaje equivalente de 7%, mientras que a nivel del ataque cerebro vascular hemorrágico las localizaciones más frecuentes respectivamente son: los ganglios basales, cerebelo, tálamo , lóbulo parietal, núcleo caudado y finalmente con menor frecuencia el lóbulo occipital representado con el 1% (Tabla #3).

En contraste se presentaron los siguientes estudios en los cuales se determina la frecuencia de la afectación de las arterias y las regiones cerebrales, dentro de estos, se cita los siguientes, primero el estudio realizado por Díaz y Vásquez en el que, la distribución de arteria afectada en pacientes con ataque cerebrovascular isquémico, en un 32.9% ocurrió afectación de la arteria cerebral media derecha, seguida de la arteria cerebral media izquierda con un 30.1%, las arterias cerebrales anteriores izquierda presentaron un 11% y derecha con un 6.8%, comparadas con las arterias cerebrales posteriores izquierda con 11% y derecha con 6.8% que se afectaron en igual medida. (36).

Para evaluar el ataque cerebrovascular hemorrágico, se tiene el estudio de González, donde se indica que las regiones más afectadas son: Tálamo y ganglios basales con un 37%, lóbulo frontal con un 15%, región parietoccipital con un 15%, lóbulo temporal con un 21% y región cerebelosa con un 8% de la población total de estudio. (37). La comparativa entre los estudios mencionados y el presente estudio respecto a la distribución de áreas cerebrales y arterias afectadas, revela la predominancia de la arteria cerebral media en ataque cerebrovascular de tipo isquémico y la afectación recurrente de regiones como el tálamo y los ganglios basales en el tipo hemorrágico. A pesar de sus enfoques diferentes, estos hallazgos convergentes contribuyen a una comprensión global de los patrones de daño

cerebral en pacientes con ACV, con implicaciones significativas para la práctica clínica y la investigación a futuro.

Para la valoración de pacientes según la escala FIM se tiene en cuenta bajo el presente estudio que la media total está ubicada en los 91 puntos de la escala, así como también bajo el diagnóstico brindado por la escala FIM, la mayor distribución de pacientes respecta hacia la dependencia. (Gráfica #8). Mediante una comparación con el estudio de Gonzáles se encontró con una población similar que reflejó una media de 87,46 puntos de la escala FIM y una tendencia hacia el diagnóstico de dependencia. (38). En contraposición el estudio de Karaahmet y otros donde a pesar de tener una muestra similar de más de 100 pacientes, que a su vez se distribuyen con una edad media de 69 años el resultado de la escala FIM es 71,28 puntos, un resultado que difiere bastante con el presente estudio y denota una discapacidad más pronunciada en ésta población (39)

En cuanto a la distribución de pacientes según sexo y diagnóstico de la escala FIM, se observa que, del total de la población correspondiente a 196 pacientes, 106 de ellos son hombres, de los cuales 72 pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM y 34 son independientes según el diagnóstico de la escala FIM. Ahora bien, 90 pacientes son mujeres y de ellas, 62 pacientes son dependientes y 28 son independientes según el diagnóstico de la escala FIM (Gráfica #14). En comparación a esto, se tiene el estudio de Colqui y Soria, pues contrasta con el presente estudio al encontrar que 56 pacientes con diagnóstico de ataque cerebro vascular tras un mes de rehabilitación el género masculino presenta un porcentaje de dependencia de 57,1% y para el género femenino un porcentaje de 61%. (40). Donde podemos observar que existe una similitud en cuanto a los 2 géneros pues es la independencia el diagnóstico bajo la escala FIM el cual prevalece.

De acuerdo con la distribución de pacientes según el tipo de ACV y diagnóstico de la escala FIM, del total de la población, 169 pacientes presentaron un ataque cerebrovascular de tipo isquémico y de ellos, 117 pacientes son dependientes y de los 27 pacientes que sufrieron un ataque cerebrovascular de tipo hemorrágico, 17 pacientes son dependientes según el diagnóstico de la escala FIM. (Gráfica #16), en contraste, según el estudio de Colqui y Soria, el ataque cerebrovascular de tipo isquémico presenta un grado de dependencia del 55.8%, mientras que para el ataque cerebrovascular de tipo hemorrágico se presenta un grado de dependencia

del 53.8%. (40). En cuanto al tipo de lesión encontramos similitud frente a los ataques cerebrovasculares de tipo hemorrágico al haber una mayor tendencia a la dependencia.

9. CONCLUSIONES

- Para hacer la caracterización sociodemográfica de la población de estudio, se hizo un análisis detallado de pacientes con ACV de más de un año de evolución que revela una variación temporal y demográfica significativa. En 2020, se registró el pico más alto con 90 pacientes (40%), seguido de 86 casos (39%) en 2021 y 47 casos (21%) en la primera mitad de 2022. Estos resultados indican una posible fluctuación estacional en la incidencia de ACV. Además, al analizar la distribución por edad (Grafica 3), se destaca que la edad máxima fue 80 años, con una edad media de 65 años. Las edades se agrupan en cuartiles, proporcionando información clave para personalizar enfoques de tratamiento y prevención según la etapa de la vida.
- Los resultados demográficos añaden más profundidad a la comprensión de los pacientes con ACV. La distribución por sexo (Grafica 4) muestra que los hombres presentan una mayor incidencia con 125 casos, en comparación con las mujeres que representan 98 casos. Esta disparidad de género puede estar relacionada con factores biológicos y de riesgo. Al considerar la raza (Grafica 5), se observa que la población mestiza presenta la frecuencia más alta, con 178 casos, mientras que la raza afrocolombiana tiene 45 casos. Estas diferencias resaltan la importancia de abordar aspectos étnicos en las estrategias de prevención y tratamiento. En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de enfoques personalizados y sensibles al género y la raza para abordar el ACV de manera más efectiva.
- Por otro lado, para la caracterización clínica de los pacientes, se realizó la evaluación de la distribución de pacientes con ACV de más de un año de evolución según el tipo de ACV que proporciona información valiosa. La Grafica 6 indica que, de la población total de 223 pacientes, el ACV isquémico es el más frecuente, con 193 casos, mientras que el ACV hemorrágico presenta una menor frecuencia, con 30 casos. Estos datos resaltan la prevalencia del ACV isquémico en comparación con el hemorrágico en esta población.
- Esta tendencia es complementada por la información en la Tabla 5, que detalla la distribución de pacientes según el territorio vascular afectado. La arteria cerebral media es la más impactada, con un 52% (116 pacientes), seguida por la arteria cerebral anterior con un 17% (39 pacientes). Las arterias cerebelosas posterior inferior y cerebral posterior, así como otras áreas, presentan una menor incidencia. Estos resultados respaldan la importancia de un análisis exhaustivo del territorio vascular para una comprensión completa de los patrones de ACV.

- La relación entre el tipo de ACV y factores demográficos agrega una dimensión más amplia a la comprensión de esta afección. La Grafica 11, que analiza el tipo de ACV por género, muestra que, de la población total de 223 pacientes, los hombres tienen una mayor incidencia de ACV, tanto hemorrágico (16 casos) como isquémico (109 casos), con un total de 125 pacientes. Por otro lado, las mujeres presentan una menor incidencia, con 14 casos de ACV hemorrágico y 84 casos de ACV isquémico, totalizando 98 pacientes. A pesar de estas diferencias, el análisis estadístico no muestra significancia, indicando la independencia entre el género y el tipo de ACV.
- La Grafica 12, que explora la relación entre el tipo de ACV y la raza, revela que, de los 223 pacientes en la muestra total, la raza mestiza tiene la mayor incidencia en ambos tipos de ACV: hemorrágico (24 casos) e isquémico (154 casos), sumando 178 pacientes. Por otro lado, la raza afrocolombiana muestra una incidencia menor, con 6 casos de ACV hemorrágico y 39 casos de ACV isquémico, totalizando 45 pacientes. La prueba estadística demuestra la falta de relación significativa entre la raza y el tipo de ACV.
- Finalmente, para valorar mediante la escala FIM el grado de discapacidad e independencia funcional de los pacientes con diagnóstico de ACV mayor a un año de evolución, de acuerdo con los resultados en la escala FIM e interrelacionados con la variable sexo se determina que hay una mayor proporción frente a la dependencia a terceros sin distinción alguna, representado el sexo masculino con 72 pacientes y el sexo femenino con 62 pacientes.
- Se concluye que el ataque cerebrovascular isquémico es el que mayor dependencia a terceros genera con un total de 117 pacientes con una amplia diferencia sobre el grado de independencia y frente al ataque cerebrovascular hemorrágico también se encuentra una mayor prevalencia frente al grado de dependencia a terceros con un total de 17 pacientes, sin embargo, la diferencia no es tan significativa frente al grado de independencia.
- Se evidenció la población a estudio, en el rango etario de la adultez llevan una mayor proporción hacia el grado de independencia con un total de 39 pacientes, frente a esto el rango etario de adulto mayor presenta una mayor prevalencia frente al grado de dependencia a terceros con un total de 131 pacientes, con esto inferimos que a menor edad existe una mayor probabilidad de obtener mejores resultados frente al grado de dependencia e independencia, siendo esto totalmente contrario con los paciente de edad avanzada.

10. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Hospital Universitario Departamental de Nariño y a sus médicos hospitalarios, especialistas y subespecialistas el correcto diligenciamiento en la historia clínica, tanto en lo que tiene que ver con redacción como con legibilidad, coherencia y sintaxis de esta.
- Se recomienda al área de rehabilitación la implementación de escalas donde se evalúe el grado de dependencia e independencia previa de los pacientes ya sea mediante el uso de Rankin modificado, el Índice de Barthel o la escala FIM antes del alta hospitalaria y el correcto y completo diligenciamiento de estas.
- Para futuras investigaciones relacionadas con este tema en cuestión, se sugiere llevar a cabo el desarrollo de las escalas ya sea de manera presencial o durante el transcurso de la rehabilitación del paciente
- Este estudio con una muestra de pacientes mayor, con el fin de extrapolar los datos recopilados a nivel nacional y obtener resultados estadísticamente significativos con el fin de contribuir a proyectos que conlleven a mejorar las políticas gubernamentales en salud especialmente en promoción y prevención a todos los niveles territoriales frente al ataque cerebrovascular, fortalecer la estrategia “CORRE” estipulada e implementada en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, así como también la divulgación y sensibilización en municipios y veredas acerca de signos de alarma y síntomas premonitorios frente a esta entidad, de esta manera favoreciendo el actuar rápido y oportuno de cuidadores y familiares, acudiendo a los servicios de salud aún en ventana terapéutica, previniendo así secuelas permanentes.

REFERENCIAS

1. Pérez GE. Scielo. [Online].; 2006. Acceso 18 de Agosto de 2022. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112006000200002#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,origen%20vascular%22%20.
2. Organización Panamericana de la Salud. OPS. [Online].; 2020. Acceso 12 de Abril de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enfermedades-no-transmisibles-salud-mental/portal-datos-enfermedades-no-transmisibles-salud-0>.
3. Paolinelli G C, González H P, Doniez ME, Donoso T, Salinas V. Scielo. [Online].; 2001. Acceso 9 de Febrero de 2023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000100004.
4. FUSM. Investigación, innovación y/o creación artística y cultural..
5. Silva FA, Zarruk JG, Quintero C, Arenas W, Rueda-Clausen CF, Silva SY, et al. Scielo. [Online].; 2006. Acceso 18 de Marzo de 2022. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332006000500008.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud.gov. [Online]; 2021. Acceso 18 de Marzode 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Enfermedad-cerebrovascular,-otra-comorbilidad-priorizada-contr-el-covid-19.aspx#:~:text=Enfermedad%20cerebrovascular%2C%20otra%20comorbilidad%20priorizada%20contra%20el%20covid%2D19,-Ministerio%20de%20Salud&text=%E2%80>.
7. Subred integrada de Servicios de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. [Online].; 2018. Acceso 10 de Febrero de 2022. Disponible en: <https://moodle.serviciocivil.gov.co/pao/public/storage/uploads/45.pdf>.
8. Ministerio de salud y protección social. Minsalud.gov. [Online].; 2015. Acceso 22 de Marzo de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informe-ons-5.pdf>.
9. Secretaria de Salud Pasto. <https://www.saludpasto.gov.co/>. [Online].; 2020. Acceso 19 de Marzo de 2022. Disponible en: https://www.saludpasto.gov.co/images/noticias/2021/Documentos/ASIS_Municipal_2019_Pasto.pdf.
10. Arias Á. <https://galiciaclinica.info/>. [Online].; 2009. Acceso 18 de Agosto de 2022. Disponible en: <https://galiciaclinica.info/pdf/5/81.pdf>.

11. Suárez JC, Restrepo SC, Bedoya C, Jiménez I, Ramírez E. Scielo. [Online].; 2011. Acceso 18 de Agosto de 2022. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482011000200003&lng=en.
12. Portilla AdP. <https://intellectum.unisabana.edu.co/>. [Online].; 2012. Acceso 18 de Agosto de 2022. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/6382/Adriana%20del%20Pilar%20Portilla%20Neira%20%28Tesis%29.pdf?sequence=5&isAllo wed=y>.
13. Martínez VA, Porillo JD. Scielo. [Online].; 2021. Acceso 18 de Agosto de 2022. Disponible en: <http://sipersn.udenar.edu.co:90/sipersn/docs/ipp/ISSE/CaracterizacionSocialy EconomicadelDepartamentodeNarino.pdf>.
14. Castillo ÁM, Jurado JA. sipersn.udenar.edu.co. [Online].; 2014. Acceso 30 de Mayo de 2022. Disponible en: <http://sipersn.udenar.edu.co:90/sipersn/docs/ipp/ISSE/CaracterizacionSocialy EconomicadelDepartamentodeNarino.pdf>.
15. Alcaldia de Pasto. Pasto.gov.co. [Online]; 2012. Acceso 24 de Mayode 2022. Disponible en: <https://www.pasto.gov.co/index.php/nuestro-municipio/informacion-general>.
16. Hospital Universitario Departamental de Nariño. Hosdenar.gov.co. [Online]; 2011. Acceso 9 de Febrerode 2022. Disponible en: <https://www.hosdenar.gov.co/index.php/quienes-somos/historia/>.
17. Fundación Cardioinfantil. lacardio.org. [Online]; 2020. Acceso 25 de Mayode 2022. Disponible en: <https://www.lacardio.org/dia-mundial-de-la-prevencion-y-tratamiento-del-acv/>.
18. Ministerio de salud y protección social. Minsalud.gov.co. [Online].; 2015. Acceso 03 de Marzo de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-profesionales-ataque-cerebro-vascular-isquemico.pdf>.
19. Chong JY. www.msmanuals.com. [Online]; 2020. Acceso 14 de Febrerode 2023. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/ataque-cerebrovascular-acv/introducci%C3%B3n-a-los-ataques-cerebrovasculares-hemorr%C3%A1gicos-derrames-cerebrales-o-ictus-hemorr%C3%A1gicos>.
20. Jiménez D. revistamedica.com. [Online]; 2020. Acceso 22 de Septiembrede 2022. Disponible en: <https://revistamedica.com/discapacidad-rehabilitacion-ataque-cerebrovascular-enfermeria/>.
21. Martínez-Betancur O, Quintero-Cusguen P, Mayor-Agredo L. Scielo. [Online].; 2016. Acceso 22 de Septiembre de 2022. Disponible en:

- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642016000200007&lng=en.
22. Chong JY. msdmanuals.com. [Online]; 2020. Acceso 24 de Mayo de 2022. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/ataque-cerebrovascular/ataque-cerebrovascular-isqu%C3%A9mico#:~:text=Un%20ataque%20cerebrovascular%20puede%20ocurrir>.
 23. Gállego J, Herrera M, Jerico I, Muñoz R, Aymerich N, Martínez-Vila E. Scielo. [Online].; 2008. Acceso 11 de Marzo de 2023. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200003&lng=es.
 24. Ariza Galindo CJ. Pontificia Universidad Javeriana. [Online].; 2020. Acceso 09 de Junio de 2022. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/30039>.
 25. Young P, Finn B, Bruetman JE, Pellegrini D, Kremer A. Scielo. [Online].; 2010. Acceso 10 de Abril de 2022. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802010000300015&lng=es.
 26. ReCaVar. <https://www.recavar.org/>. [Online]; 2012. Acceso 01 de Junio de 2022. Disponible en: <https://www.recavar.org/enfermedad-cerebrovascular#:~:text=Marco%20Legal%20en%20Colombia%20del>.
 27. Pacheco SE. Universidad nacional Jorge Basadre Grohmann - TACNA. [Online].; 2019. Acceso 25 de Mayo de 2022. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3706/123_2019_pacheco_rios_se_fac2_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 28. Rivera C, Estefania M, González Quizhpi CdR. Repositorio Universidad de Cuenca. [Online].; 2016. Acceso 11 de Febrero de 2023. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23605>.
 29. Suárez - Escudero JC. Scielo. [Online].; 2014. Acceso 25 de Mayo de 2022. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482014000400009&lng=en.
 30. Henao CP, Arcos Rodríguez AV. Scielo. [Online].; 2020. Acceso 25 de Mayo de 2022. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v38n1/2254-3334-rfnsp-38-01-e336697.pdf>.
 31. Ministerio de salud y protección social. Minsalud.gov.co. [Online].; 1993. Acceso 20 de Abril de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RES/OLUCION-8430-DE-1993.PDF>.

32. Tanlaka E, King-Shier K, Green T, Seneviratne C, Dukelow S <https://www.cambridge.org/>. [Online].; 2019. Acceso 23 de Mayo de 2023 Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0FCA39422F372A8AC8FF679CF73867E1/S0317167119002762a.pdf/inpatient-rehabilitation-care-in-alberta-how-much-does-stroke-severity-and-timing-matter.pdf>.
33. Colina V, Cosentino A, Pensado R, Ruglio V, Scaron M, Vidart L. Estudio epidemiológico de ACV en salas de medicina del Hospital Pasteur 2018 [Internet] [Monografía de Pregrado]. [Montevideo]: Universidad de La República de Uruguay; 2018 [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/33642>
34. Salazar MG. Prevalencia y factores asociados de la enfermedad cerebrovascular isquémica en pacientes ingresados al servicio de medicina interna del HEODRA en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2019 [Internet] [Monografía de Pregrado]. [León]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2022. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/9227>
35. Vásquez - Guimaraens M, Caamaño -Ponte J, Seoane -Pillado T, Cudeiro J <https://www.mdpi.com/>. [Online].; 2021. Acceso 23 de Mayo de 2023. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-3425/11/6/802>.
36. Díaz SA, Vásquez EM. Universidad Iberoamericana - Repositorio. [Online]. 2021. Acceso 18 de Abril de 2023. Disponible en https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/bitstream/123456789/573/2/15-0410_TF.pdf.
37. González Consuegra JA. <https://jorcienciapdcl.sld.cu/>. [Online].; 2023. Acceso 25 de Mayo de 2023. Disponible en <https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jprofesores2023/jprofesores2023/paper/viewFile/512/807>.
38. González Herrero M, Sánchez Gómez C. <https://www.revistatog.es/>. [Online]. 2022. Acceso 34 de Mayo de 2023. Disponible en <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/179>.
39. Karaahmet OZ, Umay E, Gurcay E, Serçe A, Gundogdu I, Cakci A. The effect of premorbid features on post-stroke rehabilitation outcome. Iran J Neurol. 5 de enero de 2018;17(1):38-46.

40 Colqui León SR, Soria Vidal DK. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/>. [Online]. 2019. Acceso 23 de Mayo de 2023. Disponible en <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/2922/TESIS%20Colqui%20Susan%20-%20Soria%20Daniela.pdf?sequence=3&isAllowed=>.

ANEXOS

Anexo 1 Escala FIM

Tabla 1. Escala, sub-escalas, ítem y puntaje del FIM

Ítem	Sub-escalas	Dominio	FIM total
A. Alimentación	<i>Autocuidado</i> 35 puntos	<i>Motor</i> 91 puntos	<i>Total</i> 126 puntos
B. Aseo menor			
C. Aseo mayor			
D. Vestuario cuerpo superior			
E. Vestuario cuerpo inferior			
F. Aseo perineal			
G. Manejo vesical	<i>Control esfinteriano</i> 14 puntos		
H. Manejo intestinal			
I. Cama-silla	<i>Transferencias</i> 21 puntos		
J. WC			
K. Tina o ducha			
L. Marcha/silla de ruedas	<i>Locomoción</i> 14 puntos		
M. Escalas			
N. Comprensión	<i>Comunicación</i> 14 puntos	<i>Cognitivo</i> 35 puntos	
O. Expresión			
P. Interacción social	<i>Cognición social</i> 21 puntos		
Q. Solución de problemas			
R. Memoria			

Tabla 2. Niveles independencia FIM

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa
Dependencia modificada	6. Independencia modificada
	5. Supervisión
	4. Asistencia mínima (mayor 75% independencia)
Dependencia completa	3. Asistencia moderada (mayor 50% independencia)
	2. Asistencia máxima (mayor 25% independencia)
	1. Asistencia total (menor 25% independencia)

Anexo 2 Ficha de recolección de datos

Fecha de presentación		Caracterización sociodemográfica			Caracterización clínica			
AÑO	MES DE INGRESO	EDAD	SEXO	RAZA	TIPO DE ACV	TERRITORIO VASCULAR	TROMBÓLISIS EN MANEJO AGUDO	PACIENTES FALLECIDOS AL MOMENTO DE LA LLAMADA

ESCALA FIM									
Alimentación	Aseo Mayor	Aseo Menor	Vestuario Cuerpo Superior	Vestuario Cuerpo inferior	Aseo Perineal	Manejo Vesical	Manejo Intestinal	Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	Traslado al baño

ESCALA FIM									
Traslado a tina o ducha	Caminar/ Desplazarse en silla de ruedas	Subir y bajar escaleras	Comprensión	Expresión	Interacción Social	Solucion de problemas	Memoria	TOTAL	DIAGNOSTICO

Anexo 3 Consentimiento Informado

Para participar en la Investigación Científica

Investigación Titulada: Discapacidad e independencia funcional secundaria a ACV mayor a un año de evolución en pacientes atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño

Las personas, identificadas y registradas con número de cédula, con número de celular y rol que desempeña, manifiestan que han sido invitados (as) a participar dentro de la investigación arriba mencionada y que se le ha dado la siguiente información:

Propósito: Dar a conocer a la población objeto de estudio, la importancia y características de la investigación.

Usted puede decidir voluntariamente si desea participar en la investigación, si después de leer este documento presenta alguna duda, pida aclaración a los investigadores, quienes brindaran todas las explicaciones que se requieran para que tome la decisión de su participación, consistente en:

- Revisión de su historia clínica desde el ingreso hasta el egreso del HUDN a consecuencia de ACV.

Importancia de la investigación: Su importancia radica en dar a conocer cuál es el grado de discapacidad y dependencia funcional y para que posteriormente sirva también como soporte para la comunidad médica con el fin de aportar nuevas estrategias terapéuticas, de cuidado y rehabilitación para los pacientes.

Objetivo y descripción de la investigación: El objetivo de la investigación es determinar el grado de discapacidad e independencia funcional secundaria a ACV mayor a un año de evolución en pacientes atendidos en el HUDN de la ciudad de Pasto durante el año 2021.

Se realiza un estudio observacional, descriptivo, con enfoque cuantitativo, de corte longitudinal y diseño retrospectivo en el Hospital Universitario Departamental de Nariño donde se determina cuál es el grado de discapacidad e independencia funcional secundaria a ACV mayor a un año en pacientes atendidos en el HUDN de la ciudad de Pasto durante el año 2021, el cual sirva como soporte informativo y académico para la comunidad médica interdisciplinaria y cualquier entidades de salud pertinentes con la finalidad de que tomen las medidas adecuadas y oportunas para el aporte de nuevas estrategias terapéuticas, de cuidado y rehabilitación para

los pacientes, a miras también de mejorar el pronóstico de los mismos y se contribuya con la disminución de la morbimortalidad.

Responsables de la investigación: El estudio es una investigación estudiantil, es desarrollado por las estudiantes Ortega Bolaños Ginna Estefanía, Pupiales Enríquez Jonathan Manuel, Recalde Arévalo Guido Duvan y Sandoval Obando Julián Fernando, bajo la asesoría del docente Mg. LUIS EDUARDO GONZALEZ MARTINEZ. Cualquier inquietud que usted tenga puede comunicarse con cualquiera de ellos a los teléfonos celulares 317 7462709 – 304 3110488 – 316 640288 – 316 2972391.

Riesgos y Beneficios: Como riesgos no se cataloga ninguno teniendo en cuenta que durante el tiempo de la investigación no se realizará ningún tipo de tratamiento e intervención en los pacientes ni en el actual plan de tratamiento. La entrevista incluye la obtención de información sobre sus datos sociodemográficos, nivel de satisfacción, significado, tiempo dedicado a sus actividades; las respuestas dadas no tendrán ninguna consecuencia para su situación personal. El beneficio más importante es contribuir al estudio planteado y servir como base teórica para futuros planes de tratamiento en pacientes con iguales diagnósticos.

Confidencialidad: La información obtenida será almacenada en una base de datos. Los datos individuales sólo serán conocidos por los investigadores, mientras dura el estudio, quienes, en todo caso, se comprometen a no divulgarlos. Los resultados que se publicarán corresponden a la información general de todos los participantes.

Derechos y deberes: Usted tiene derecho a obtener una copia del presente documento y a retirarse posteriormente de esta investigación, si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo, ni informar las razones de su decisión, si no desea hacerlo. Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante la participación en la investigación y en el momento que lo considere podrá solicitar información sobre sus resultados a los responsables de la investigación. En caso de que requiera algún tipo de tratamiento, los investigadores no tendrán responsabilidad alguna.

Se lee y explica el presente consentimiento informado y se llevará un registro de datos adjunto.

Declaro que me fue leído este documento en su totalidad y que entiendo su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que consideré necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, decido participar en esta investigación.

Fecha: _____
Nombre: _____
Documento: _____
Numero de celular: _____
Rol: _____