

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POST GRADO

**Influencia de la depresión en la  
recuperación física de los pacientes con  
secuela motora de Enfermedad Vascular  
Cerebral. Hospital Guillermo Almenara  
Irigoyen 1999-2000**

TESIS Para optar el Grado de: MAGISTER EN MEDICINA

AUTOR:

**Edgar Rojas Huerto**

**LIMA – PERÚ 2002**

## DEDICATORIAS

A Dios todopoderoso, por su infinito amor y por haberme permitido realizar este trabajo.

A mi esposa Jenny, y a mis hijos Max y Mauricio que son el motivo de mi vida.

A mis padres, Amador y Ethel, y mi hermana Techí por su comprensión y apoyo.

A la Dra. Nelly Lam y al Dr José Sánchez por su asesoramiento y guía.

# INDICE

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA**

OBJETIVOS

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

DELIMITACION DEL ESTUDIO

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

BASES TEORICAS

HIPOTESIS

VARIABLES

## **CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS**

TIPO DE ESTUDIO

DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO

INSTRUMENTOS

PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

TECNICAS ESTADISTICAS

## **CAPITULO III: RESULTADO Y DISCUSION**

## **CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

RESUMEN

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

## **RESUMEN**

Se estudiaron 180 pacientes asegurados que acuden al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de EsSALUD con secuela motora de Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) siendo evaluados clínicamente para determinar la presencia de depresión y sometidos a estudio mediante la Escala de Evaluación de Hamilton para la Depresión, y su limitación para las actividades de la vida diaria mediante el Índice de Barthel, al mes y a los dos meses de ocurrida la enfermedad, luego de recibir terapia de rehabilitación.

Se encontró que 66.7% de pacientes presentaban depresión al mes de ocurrido el episodio y que este porcentaje disminuyó a 33.8% a los dos o tres meses. El 71% de pacientes fueron dependientes en sus actividades de la vida diaria al mes de ocurrido el EVC, reduciéndose al 60% a los dos o tres meses de enfermedad, luego de recibir terapia de rehabilitación.

El porcentaje de pacientes que se recuperaron físicamente fue mayor en el grupo de pacientes no deprimidos (69.9%) en relación al otro grupo (29.4%) con diferencias estadísticamente significativas. Esto nos permite concluir que la depresión influye negativamente en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de Enfermedad Vascular Cerebral.

**“INFLUENCIA DE LA DEPRESION EN LA  
RECUPERACION FISICA DE LOS PACIENTES CON  
SECUELA MOTORA DE ENFERMEDAD VASCULAR  
CEREBRAL. HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA  
IRIGOYEN 1999-2000”**

**CAPITULO I: EL PROBLEMA**

**INTRODUCCION**

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es una patología bastante frecuente en nuestro medio, constituyendo una de las principales causas de ingreso a las emergencias de nuestros hospitales y una causa frecuente de incapacidad para la persona que lo sufre. La secuela más común que origina esta patología es el déficit motor en más del 50% de los casos (1), que se traduce en una limitación para la realización de las actividades de la vida diaria del paciente.

Esta situación en gran medida afecta el estado de ánimo de éstos pacientes, que de la noche a la mañana se enfrentan a una realidad adversa, ocasionando cambios en su relación con el entorno familiar y laboral, pasando en muchos casos a ser personas dependientes.

La depresión posterior a un episodio de EVC, es un hecho bastante común en estos pacientes. Esta ha sido ampliamente estudiada y

reconocida en los últimos años, como una entidad particular que afecta a los pacientes que presentan secuelas neurológicas a consecuencia de la Enfermedad Vascolar Cerebral.

Durante nuestro trabajo clínico en el hospital, hemos notado con frecuencia que los pacientes con depresión post EVC se ven afectados en su recuperación física en el transcurso del tiempo. Esta observación no ha sido estudiada adecuadamente en nuestro medio, ignorándose cuántos de nuestros pacientes con secuela motora de EVC se deprimen y cuál es el rol que juega la depresión en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC.

El presente trabajo trata de establecer de qué manera influye la depresión en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC en los pacientes asegurados del Hospital Guillermo Almenara que fueron estudiados y seguidos durante seis meses posterior a la EVC.

### **FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Influye la depresión en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC?

## **OBJETIVOS**

Los objetivos de este trabajo son:

- 1) Determinar la proporción de pacientes con secuela motora de EVC que se encuentran deprimidos.
- 2) Determinar la limitación en las actividades de la vida diaria que presentan los pacientes con secuela motora de EVC antes del mes y a los dos o tres meses de enfermedad.
- 3) Comparar la recuperación física de los pacientes con y sin depresión en cuanto a las actividades de la vida diaria luego de uno o dos meses de terapia física y establecer si existen diferencias significativas entre ambos grupos.

## **IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

Este estudio es importante porque permitirá determinar el rol o papel que tienen los cuadros depresivos en la recuperación física de los pacientes con EVC, y de esta manera poder comprender mejor aquellos factores que influyen en la recuperación del paciente. Asimismo la detección precoz de la depresión y su tratamiento oportuno en este grupo de pacientes permitirá una mejor y más pronta recuperación.

## **DELIMITACION DEL ESTUDIO**

Los resultados de este estudio sólo pueden ser extrapolados dentro de la población asegurada en estudio, dado que el presente trabajo se realizó en una población de pacientes con secuela de EVC pertenecientes a EsSalud.

## **JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

Es un trabajo novedoso, ya que no se encuentran trabajos similares en nuestro medio. Es práctico porque mediante sencillo métodos de evaluación es posible valorar la afectación en las actividades de la vida diaria del paciente con secuela motora de EVC al igual que valorar la presencia de depresión en este grupo de pacientes.

Es relevante porque puede servir de base de datos para futuras investigaciones acerca de la recuperación física de los pacientes con EVC.

## **ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

La presencia de depresión en algunas enfermedades de curso agudo como es el caso de la Enfermedad Vascul ar Cerebral, ha sido mencionada como un factor importante en la evolución clínica y recuperación de los pacientes que la sufren. Sin embargo, esta asociación fue hecha en forma intuitiva, de acuerdo a las observaciones realizadas en los pacientes con secuelas de esta enfermedad.



Sabemos bien que el paciente que sufre un episodio de Enfermedad Vascular Cerebral, presenta de un momento a otro serias limitaciones en sus actividades de la vida diaria sean estos secundario a trastornos motores sensitivos, cognitivos o del lenguaje, ocasionando serios problemas para el paciente y para sus familiares.

A nivel mundial la incidencia de casos de Enfermedad Vascular Cerebral oscila entre 1.5 y 2.9 por 1000 habitantes (1). En nuestro medio, si bien es cierto que no se tienen estadísticas globales en todo el país, existen trabajos locales que sustentan su alta frecuencia, siendo la primera causa de defunción en Emergencia y la primera causa de hospitalización y de mortalidad en el Servicio de Neurología de nuestro hospital (2), que en muchos casos dejan secuelas motoras que incapacitan al paciente.

El déficit neurológico más frecuente que se presenta durante la EVC es el motor, siendo similar tanto en las formas hemorrágicas como isquémicas (1). Clínicamente, este déficit motor se traduce en cuadros de hemiplejias o hemiparesias, paraplejias o paraparesias. La gravedad del compromiso motor dependerá principalmente del tamaño y la localización de la lesión a nivel cerebral, originando cambios en la vida del paciente, que se verá afectado en sus actividades de la vida diaria.

El proceso de recuperación física del paciente mediante terapia de rehabilitación, tiene como objetivo hacerlo menos dependiente en sus actividades de la vida diaria de tal manera que pueda valerse por sí mismo y pueda reintegrarse a sus actividades habituales. Sin embargo, en este

proceso intervienen factores como la propia voluntad del paciente por recuperarse así como los disturbios afectivos que éste tenga, que pueden influir en su recuperación. Entre los disturbios afectivos más frecuentes asociados a la EVC se menciona la depresión.

## **BASES TEORICAS**

Tanto la depresión como el déficit motor producido a consecuencia de la Enfermedad Vascul ar Cerebral han sido ampliamente estudiados dentro de la evolución natural de esta enfermedad (3,7).

La depresión posterior al episodio de Enfermedad Vascul ar Cerebral es un tema complejo y controvertido. La asociación entre depresión y la enfermedad neurológica aún no está bien determinada en cuanto a su causalidad. Algunos científicos piensan que la depresión emerge como una reacción psicológica al empeoramiento de la ruptura social que se produce por la secuela producida por la enfermedad neurológica, de la misma manera que la depresión emerge en una persona enfrentada con una adversa realidad producida por la enfermedad (3), por lo que fue catalogada como “trastornos adaptativos con estado de ánimo represivo” o como una depresión reactiva a la enfermedad de fondo (4). Otros científicos sostienen que la depresión es un síntoma específico de la enfermedad vascular cerebral y está íntimamente relacionado con la fisiopatología de la enfermedad (5).

Existe evidencia específica para indicar que la Enfermedad Vascul ar es capaz de producir depresión a través de diversos mecanismos

fisiopatológicos. Estudios hechos en relación a la localización del infarto o hemorragia cerebral y la presencia de depresión han mostrado que hay mayor tendencia a presentar depresión en aquellos pacientes con infartos localizados en el hemisferio izquierdo y en zonas anteriores (6,7,8,9). Asimismo, en otros estudios, se ha demostrado un aplanamiento a la respuesta de la hormona de crecimiento, a la desipramina, luego del ataque con disminución de la función del adreno receptor alfa 2 (10,11). Igualmente, se ha postulado que una falla en la regulación creciente de los receptores de serotonina luego del ataque pueda ser causa de la depresión (10,12).

Estudios realizados en la pacientes con Enfermedad Vascul ar Cerebral revelan que la depresión y la Enfermedad Vascul ar Cerebral aparecen juntos en muchos de los casos. El inicio de la depresión se manifiesta dentro del primer mes de ocurrido el episodio (5) y puede mantenerse por más de un año dependiendo de muchos factores, especialmente sociales (5).

La recuperación del paciente en relación al déficit motor secuel ar producido es variable y depende de varios factores. Estudios de seguimiento de los pacientes después de ocurrida la EVC revelan que no solamente la terapia de rehabilitación sino otros factores como el aislamiento social, el deterioro cognitivo y la depresión misma pueden influir sea positivamente como negativamente en la recuperación física de estos pacientes (13,14,15,20). Sin

embargo, hay investigadoras que sostienen que la depresión no ejerce influencia, por lo que sigue siendo un punto en controversia (16).

Se piensa que la depresión que ocurre como un fenómeno común en los pacientes con secuela motora de la Enfermedad Vascul ar Cerebral va a influir en el proceso de recuperación física del paciente, de tal manera que resulta muy importante detectarla en forma precoz a fin de que su recuperación física pueda ser más rápida.

### **HIPOTESIS**

"La depresión influye negativamente en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de la Enfermedad Vascul ar Cerebral".

### **VARIABLES**

- Variable de pendiente recuperación física
- Variable independiente depresión posterior a EVC
- Variables intervinientes: sexo, edad, tipo de EVC, tiempo de enfermedad, terapia física

## **OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

### **DEPRESION POSTERIOR A ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.-**

Es el disturbio prominente y persistente del humor que se caracteriza por disminución marcada del estado de ánimo, disminución de la energía vital, disminución del interés o del placer y enlentecimiento psicomotor, disturbios en el sueño, sentimientos de culpa e ideas de muerte asociado a síntomas somáticos como falta de apetito y pérdida de peso, sentimientos de ansiedad psíquica que se presentan después de un episodio de Enfermedad Vascular Cerebral.

Tipo de variable: cualitativa normal.

Escala de medición: nominal (con depresión, sin depresión).

Instrumento: un puntaje mayor de 15 pts indica presencia de depresión.

**RECUPERACION FISICA.-** Se entiende por recuperación física a la mejoría que presenta el paciente con secuela motora de EVC en su capacidad de ejecución de actividades de la vida diaria en un tiempo dado (en este caso uno o dos meses) después de ocurrida la EVC, luego de ser sometido a un período de rehabilitación física.

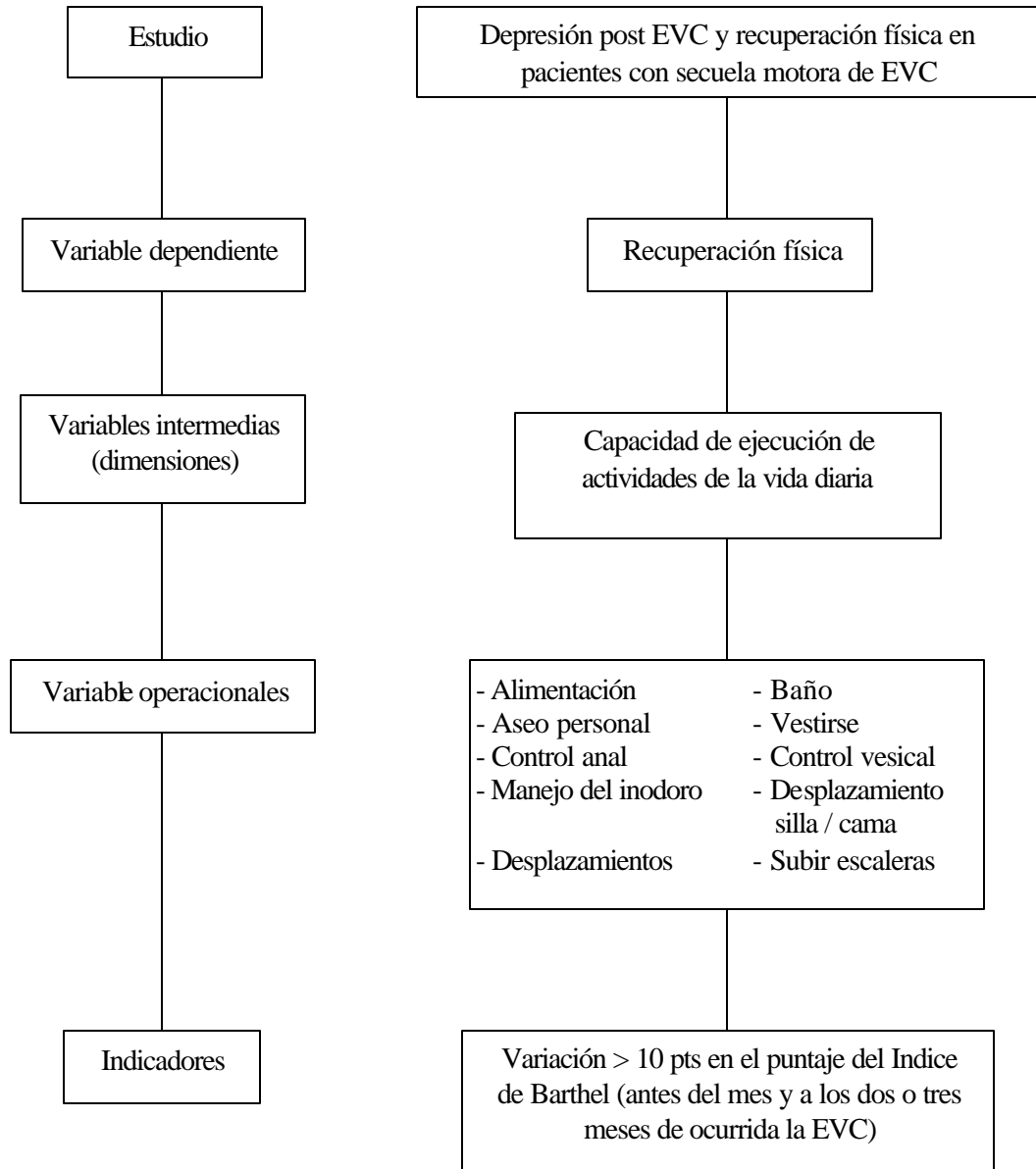
Tipo de variable: cualitativa nominal (se recuperó o no se recuperó).

Instrumento: medición del índice de Barthel antes del mes y a los dos o tres meses de ocurrida la EVC (luego de haber recibido terapia física por uno o dos meses).

Indicadores: una mejora en el puntaje del índice de Barthel en más de diez puntos a los dos o tres meses de enfermedad en relación a la medición realizada antes del mes de ocurrida la EVC, indicará recuperación física.

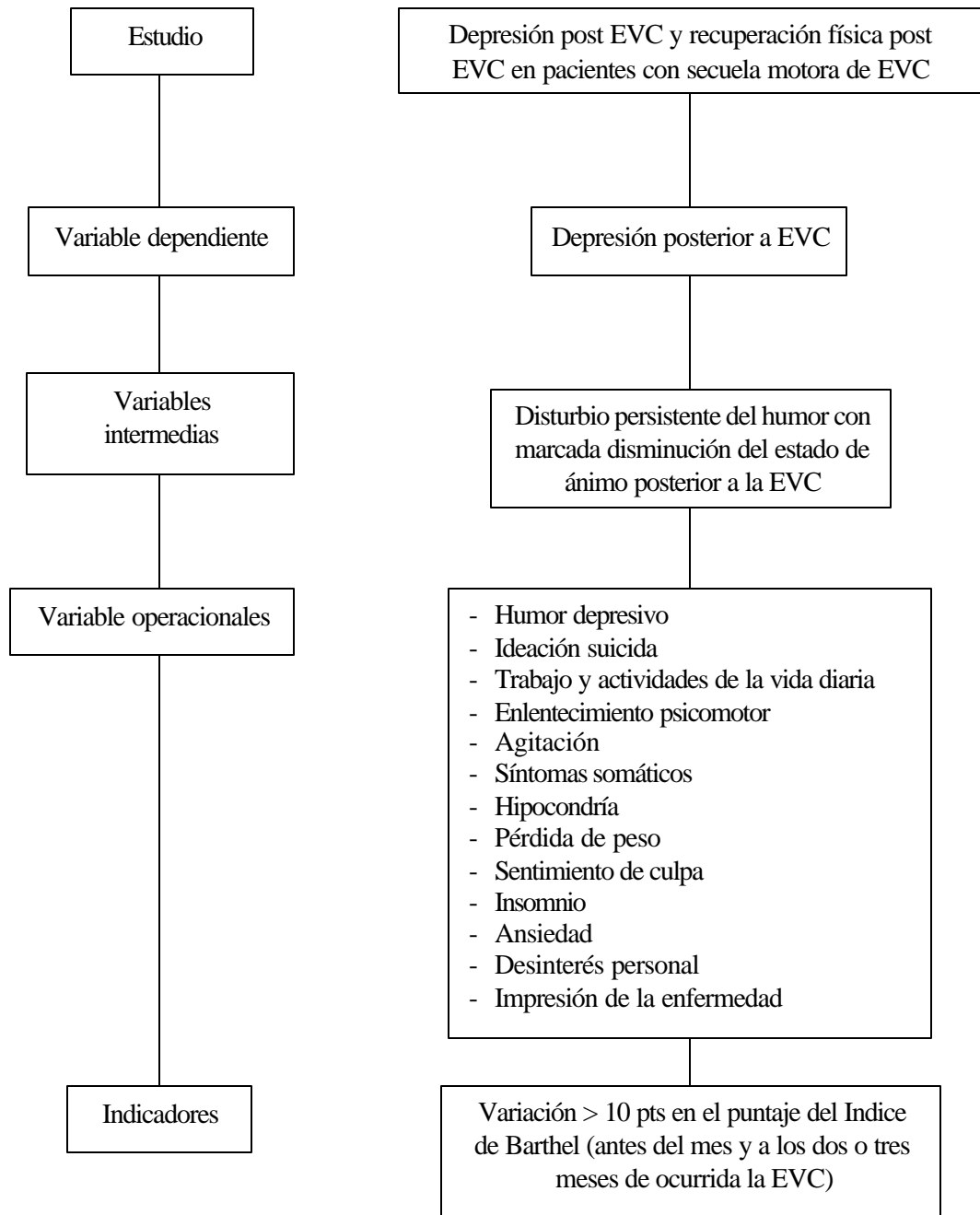
## OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

### (RECUPERACION FISICA)



## OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

### (DEPRESION)



## **CAPITULO II**

### **MATERIAL Y METODOS**

Se estudiaron 180 pacientes con secuela motora de Enfermedad Vascul ar Cerebral que tenían menos de un mes de enfermedad, quienes fueron sometidos a evaluación clínica neurológica y psiquiátrica para establecer la presencia de depresión y el tipo de secuela motora que presentaban, así como su capacidad de ejecución de las actividades de la vida diaria. No registrándose pacientes con componente apático abúlico que puedan manifestarse como deprimidos. Se utilizó como instrumento la escala de Hamilton y el índice de Barthel para la ejecución de actividades de la vida diaria (1er control).. Luego se los separó en dos grupos (deprimidos y no deprimidos), evaluándose en un segundo control nuevamente el índice de Barthel y la escala de Hamilton en ambos grupos; después de haber recibido terapia física. Finalmente, se comparó la recuperación física en ambos grupos de acuerdo a los resultados obtenidos en ambos controles y de esta manera saber si existía diferencia significativa entre ambos grupos.

### **TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio longitudinal tipo cohorte comparativo de dos grupos.

G.E.  $\frac{O_1 \times O_2}{\quad}$

G.C.  $O_1 \quad O_2$



## **DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO**

Este trabajo se realizó en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, en los servicios de Neurología, Psiquiatría y Medicina Interna (área de hospitalización) y en los consultorios externos de neurología y Psiquiatría.

## **POBLACION DE ESTUDIO**

Pacientes con secuela motora de Enfermedad Vascular Cerebral.

## **MARCO MUESTRAL**

Pacientes asegurados del Hospital Guillermo Almenara EsSALUD con secuela motora de Enfermedad Vascular Cerebral.

## **SELECCION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se seleccionaron a pacientes asegurados con antecedentes de Enfermedad Vascular Cerebral y secuela motora con menos de un mes de enfermedad, que acudieron al Hospital Guillermo Almenara en el período de Octubre de 1998 a Enero del 2000; los cuales deberían reunir los siguientes criterios de inclusión.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

- 1) Pacientes con EVC que presentaban secuela motora que dificulta la realización de actividades de la vida diaria.
- 2) Pacientes que recibieron terapia de rehabilitación posterior a EVC.

3) Pacientes con un solo episodio de EVC.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- 1) Pacientes con compromiso del sensorio a consecuencia de la EVC.
- 2) Pacientes con deterioro cognitivo severo o alteración severa en el lenguaje a consecuencia de la EVC.
- 3) Pacientes con antecedentes de tumores cerebrales o enfermedades neurológicas degenerativas previas al episodio de la EVC.
- 4) Pacientes con antecedentes de depresión previa a la EVC.

El tamaño de la muestra fue de 180 pacientes.

### **TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS**

Los pacientes seleccionados fueron evaluados mediante la Escala de Depresión de Hamilton y el Índice de Barthel en un primer control antes del mes de esta enfermedad.

Estos datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos individual para cada paciente. Posteriormente se realizó un segundo control a los dos o tres meses de iniciada la enfermedad, tanto para la Escala de Hamilton como para el Índice de Barthel, a fin de establecer si persistía la depresión y su limitación en las actividades de la vida diaria, luego de haber recibido terapia de rehabilitación.

Estos datos del segundo control, también fueron registrados en la ficha de recolección de datos individual. Luego se comparó los puntajes

obtenidos con ambas escalas en ambos controles con la finalidad de determinar la persistencia de la depresión y si existió recuperación física.

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

### **ESCALA DE HAMILTON**

Es una escala puntual que trata de evaluar los síntomas y signos depresivos de los pacientes estableciendo la presencia de depresión y su severidad. Fue ideada por Hamilton en 1960 y consiste en un test de valoración que consta de 17 ítems basados en la observación del paciente deprimido, de acuerdo a los criterios de la DSM-IV para el diagnóstico de depresión. Este puede ser aplicado por un personal entrenado especializado, con los datos referidos por el propio paciente o por un familiar cercano que se encuentra en contacto directo con el paciente.

Los ítems que toma en cuenta la Escala de Hamilton son: el humor depresivo, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, trabajo y actividades de la vida diaria, enlentecimiento psicomotor, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales y generales, desinterés por el sexo, hipocondria, impresión sobre la enfermedad y pérdida de peso. A cada uno de estos ítems se le asigna un puntaje de acuerdo al grado de afectación encontrada durante la evaluación del paciente. Los puntajes mayores de 15 puntos se consideran depresión (17).

La Escala de Hamilton para la depresión tiene en cuenta la presencia e intensidad de estos ítems basada en la valoración que realiza el entrevistador

del estado del paciente en el momento de la entrevista. Sin embargo, algunos items como el sueño, valoran el estado retrospectivamente en los últimos días. Cuando no es posible que el paciente responda algunas preguntas, la información puede ser obtenida por personal de enfermería o familiares cercanos que han estado con el paciente. Esta escala ha sido ampliamente utilizadas por los expertos en múltiples trabajos de investigación, no solamente para el diagnóstico, sino también para evaluar el tratamiento de la depresión (17,18).

La puntuación va de 0 a 4 puntos de acuerdo al ítem estudiado, asignándole mayor puntaje de acuerdo a la severidad de los síntomas.

Esta escala asigna un puntaje total mayor a 15 puntos para la depresión.

### **INDICE DE BARTHEL**

Es una escala de evaluación funcional que mide la capacidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria luego de haber presentado un cuadro de EVC. Las actividades de la vida diaria comprenden actividades personales como alimentación, los desplazamiento, el baño, vestimenta, control anal y vesical, manejo del inodoro y subir escaleras.

Las actividades de la vida consta de 10 items que valoran la capacidad de ejecución asignándole un puntaje a cada actividad de acuerdo al grado de independencia del paciente para realizarla. La palabra "independiente" es enfatizada porque los médicos que evalúan a los pacientes no utilizan estos puntajes de discapacidad para evaluaciones finales. Este instrumento es útil

para monitorear el progreso en la adquisición de habilidades funcionales en las diferentes actividades de la vida diaria. Se ha determinado que este índice concuerda con otras mediciones de discapacidad física y es un instrumento útil para la evaluación de programas de rehabilitación (17) y puede servir como método predictivo de las actividades de la vida diaria 6 meses después de ocurrida la EVC. (21).

La puntuación va de 0 a 100 puntos, con intervalos de 5 puntos, considerándose puntajes iguales o superiores a 60 puntos como un estado independiente (1).

Este instrumento es útil para evaluar la secuela motora de pacientes con EVC, ya que evaluando su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria podemos notar las limitaciones físicas que posee el paciente. Asimismo, es posible valorar la recuperación funcional (física) de estos pacientes comparando los puntajes encontrados en dos momentos diferentes de medición (antes y después de ser sometidos a terapia física).

### **VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS**

Tanto la Escala de Hamilton como el Índice de Barthel han sido validados en múltiples trabajos científicos (6,8,9,15,19,20,21). En el caso de la Escala de Hamilton, su validez ha sido descrita en relación al examen clínico realizado por psiquiatras y neurólogos en muchos pacientes deprimidos y, ha sido utilizado como instrumento para la evaluación de la eficacia del tratamiento antidepresivo (18).

La escala de Barthel ha sido validada como escala funcional de valoración en base a la capacidad para realizar ciertas actividades de la vida diaria. Su uso se ha extendido para la evaluación de la eficacia de programas de rehabilitación en pacientes con secuela de EVC (15,16,19,21).

### **PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS**

Los pacientes con secuela motora de EVC y/o sus familiares directos a su cuidado serán entrevistados mediante la Escala de Hamilton para depresión y el Índice de Barthel en dos momentos diferentes.

Los puntajes obtenidos en la Escala de Hamilton y el Índice de Barthel en la evaluación de pacientes con secuela motora de EVC tanto al mes de ocurrido el ictus (1er control) como a los dos o tres meses del mismo (2do control) serán consignados en una ficha de recolección de datos.

### **DISEÑO DE PROCESAMIENTO**

Los pacientes con puntaje mayor de 15 puntos en la Escala de Hamilton fueron considerados como pacientes con depresión. Asimismo, los pacientes con puntajes obtenidos en el Índice de Barthel menores a 60 puntos, fueron considerados dependientes. Los puntajes obtenidos en cada paciente tanto al primer como segundo control fueron comparados, determinándose que aquellos que presentaron un Índice de Barthel con una diferencia superior a 10 puntos a favor del segundo control, fueron considerados como pacientes con recuperación física.

Mediante cuadros estadísticos y tablas de frecuencias se estableció el porcentaje de pacientes deprimidos tanto en el primer como segundo controles. También se determinó el porcentaje de pacientes dependientes para sus actividades de la vida diaria para ambos controles.

Luego se evaluó la recuperación física de los pacientes en base a los datos obtenidos en el Índice de Barthel de ambos controles.

### **TECNICAS ESTADISTICAS**

Se determinó mediante cuadros estadísticos la relación existente entre los pacientes deprimidos y su recuperación física mediante la prueba estadísticas no paramétrica de Chi cuadrado.

### **CAPITULO III**

#### **RESULTADOS Y DISCUSION**

Se estudiaron 195 pacientes con secuela motora de EVC evaluándose la presencia de depresión en cada uno de ellos mediante la Escala de Hamilton y su limitación para las actividades de la vida diaria mediante el índice de Barthel.

Catorce (14) pacientes fueron separados del estudio debido a fallecimiento a consecuencia de la EVC o sus complicaciones y un paciente (1) a consecuencia de mal diagnóstico, quedando al final 180 pacientes para el estudio.

Las edades fluctuaron entre 40 y 92 años, siendo el promedio de edad 65 años. De los 180 pacientes 117 (65%) fueron varones y 63 (35%) fueron mujeres.

En cuanto a su grado de instrucción, siete pacientes (3.9%) fueron analfabetos, 93 pacientes estudiaron primaria (51.7%), 53 pacientes estudiaron secundaria (29.4%), mientras que 27 pacientes tuvieron educación superior (15%).

Todos los pacientes que acudieron al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen presentaban un tiempo de enfermedad menor o igual a 30 días, y tenían secuela motora que los limitaba en sus actividades de la vida diaria.



**CUADRO N° 1**

<b>TIPOS DE SECUELA MOTORA ENCONTRADA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL</b>		
<b>HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA 1999-2000</b>		
<b>TIPO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
HEMIPLEJIA DERECHA	55	30.5
HEMIPLEJIA IZQUIERDA	37	20.5
HEMIPARESIA DERECHA	46	35.6
HEMIPARESIA IZQUIERDA	23	12.8
MONOPARESIA BRAQUIAL DERECHA	6	3.3
MONOPARESIA BRAQUIAL IZQUIERDA	6	3.3
MONOPARESIA CRURAL DERECHA	4	2.2
MONOPARESIA CRURAL IZQUIERDA	3	1.8
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

Dentro del tipo de secuela motora de la EVC encontrada en los pacientes estudiados, se encontró que la más frecuente fue la hemiplejía derecha en un 30.5% de casos, seguida de la hemiparesia con 25.6% y la hemiparesia izquierda con un 20.5%.

Cabe destacar que todos los tipos de secuela motora encontrada en nuestros pacientes estudiados limitan de alguna manera las actividades de la vida diaria de los mismos.

**CUADRO N° 2**

<b>DEPRESION POST EVC SEGÚN TIPO DE EVC</b>						
<b>HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA 1999-2000</b>						
<b>(1ER CONTROL)</b>						
<b>TIPO DE EVC</b>	<b>CON DEPRESION</b>		<b>SIN DEPRESION</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ISQUEMICO	89	69	40	31	129	71.7
HEMORRAGICO	31	61	20	39	51	28.3
<b>TOTAL</b>	120	66.7	60	33.3	180	100.0

De los 180 pacientes, 129 (71.7%) correspondieron a secuela de EVC isquémico y 51 pacientes (28.3%) a secuela de EVC hemorrágica.

Estos datos concuerdan con los hallados por Deza y colaboradores en nuestro medio, quienes encontraron que la EVC isquémica es más frecuente que la EVC hemorrágica, con una frecuencia de 75% y 25% respectivamente (2) y con datos internacionales que señalan una frecuencia de 80% para la EVC isquémica y 20% para la hemorrágica (1).

Durante el primer control (dentro del primer mes de ocurrida la EVC) 120 pacientes (66.7%) presentaron depresión y 60 pacientes (33.3%) no la presentaron (cuadro N° 2).

La frecuencia de depresión en otros estudios durante el primer mes de enfermedad, fue ligeramente menor en un rango variable entre 20 y 50%. Estos datos varían de acuerdo a las diferentes poblaciones de estudio, diferentes metodologías de evaluación psiquiátrica y de seguimiento (22).

**CUADRO N° 3**

<b>DEPRESION POST EVC SEGÚN TIPO DE EVC</b>						
<b>HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA 1999-2000</b>						
<b>(2DO CONTROL)</b>						
<b>TIPO DE EVC</b>	<b>CON DEPRESION</b>		<b>SIN DEPRESION</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ISQUEMICO	43	33	86	67	129	71.7
HEMORRAGICO	25	49	26	51	51	28.3
<b>TOTAL</b>	68	37.8	112	62.2	180	100.0

Durante el segundo control, a los 2 a 3 meses de enfermedad y luego de terapia de rehabilitación, 68 pacientes con secuela motora de EVC (38%) presentaron depresión y 112 pacientes no la presentaron (62%) (cuadro N° 1).

Estos datos concuerdan con los encontrados por otros investigadores, quienes encuentran una frecuencia entre el 30 al 60% de depresión post EVC en pacientes hemipléjicos dentro de los dos primeros años de ocurrida la EVC (3,6,25).

También se evidencia la disminución en el porcentaje de pacientes deprimidos en el segundo control con respecto al primero (de 66,7 a 37,8%). Este hecho se presenta tanto en la EVC isquémica como en la hemorrágica en donde el porcentaje de pacientes deprimidos es menor en el segundo control.

**CUADRO N° 4**

<b>LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON SECUELA DE EVC HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA 1999-2000 (1ER CONTROL)</b>						
<b>TIPO DE EVC</b>	<b>LIMITACION</b>				<b>TOTAL</b>	
	<b>DEPENDIENTE (1-60 PTS)</b>		<b>INDEPENDIENTE (&gt; 60 PTS)</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ISQUEMICO	93	72	36	28	129	71.7
HEMORRAGICO	35	69	16	31	51	28.3
<b>TOTAL</b>	128	71	52	29	180	100.0

Chi cuadrado = 0.08 valor de p = 0.6438963

En cuanto a la limitación de las actividades de la vida diaria durante el primer control se encontró que 128 pacientes (71%) eran físicamente dependientes, es decir que tuvieron un puntaje menor de 60 puntos y 52 pacientes (29%) eran físicamente independientes, con un puntaje mayor de 60 puntos en el índice de Barthel (cuadro N° 4).

Para cada tipo de EVC, los porcentajes de pacientes dependientes en sus actividades de la vida diaria fueron similares, correspondiendo un 72% para los pacientes con EVC isquémica y 69% para la EVC hemorrágica.

Sometidos a pruebas estadísticas, no se encontraron diferencias altamente significativas entre los tipos de EVC y su dependencia física, lo cual nos sugiere que la frecuencia de pacientes dependientes que requieren terapia de rehabilitación es independiente del tipo de EVC.

**CUADRO N° 5**

<b>LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON SECUELA DE EVC</b>						
<b>HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA 1999-2000</b>						
<b>(2DO CONTROL)</b>						
<b>TIPO DE EVC</b>	<b>LIMITACION</b>				<b>TOTAL</b>	
	<b>DEPENDIENTE (1-60 PTS)</b>		<b>INDEPENDIENTE (&gt; 60 PTS)</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ISQUEMICO	77	60	52	40	129	71.7
HEMORRAGICO	31	61	20	39	51	28.3
<b>TOTAL</b>	108	60	72	40	180	100.0

Chi cuadrado = 0.02 valor de p = 0.89256584

En el segundo control, a dos o tres meses de ocurrida la enfermedad, 108 pacientes (60%) continuaban siendo dependientes, en tanto que 72 pacientes (40%) fueron independientes en sus actividades de la vida diaria (cuadro N° 5)

Como puede ser comparado en ambos controles, se aprecia una reducción en el porcentaje de pacientes físicamente dependientes para el segundo control, lo cual nos indica que la terapia de rehabilitación ejerce una influencia positiva en los pacientes con secuela motora en su limitación para las actividades de la vida diaria.

Un fenómeno similar se apreció en los resultados según el tipo de EVC; en el caso del EVC isquémico en su primer control, 93 pacientes

(72%) eran físicamente dependientes y 36 pacientes (28%) eran independientes (cuadro N° 3). En el segundo control, 77 pacientes (60%) eran dependientes, y 52 pacientes independientes (40%), expresándose un aumento en el porcentaje de pacientes independientes en el segundo control (cuadro N° 5).

En el caso del EVC hemorrágico, 35 pacientes (69%) eran dependientes en el primer control y 16 pacientes (31%) eran independientes. En el segundo control, 31 pacientes (61%) fueron dependientes, y 20 pacientes (39%) fueron independientes, notándose un aumento en el porcentaje de pacientes independientes para el segundo control.

Estos resultados nos muestran que luego de que los pacientes fueron sometidos a una terapia de rehabilitación, se produce un aumento en el porcentaje de pacientes físicamente independientes tanto en el EVC isquémico como en el hemorrágico, lo cual nos sugiere que el tipo de EVC no influye significativamente en la recuperación física de los pacientes.

**CUADRO N° 6**

<b>DISTRIBUCION DE PACIENTES POR RECUPERACION FISICA SEGÚN TIPO DE EVC</b>						
<b>HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA 1999-2000</b>						
<b>TIPO DE EVC</b>	<b>SE RECUPERO</b>		<b>NO SE RECUPERO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ISQUEMICO	74	57	55	43	129	71.7
HEMORRAGICO	24	47	27	53	51	28.3
<b>TOTAL</b>	98	54	81	46	180	100.0

En este cuadro se aprecia la recuperación física de los pacientes según el tipo de EVC. El 54% de pacientes se recuperaron en su segundo control, en tanto que el 46% no se recuperaron.

En el caso de la EVC isquémica, 74 pacientes (57%) se recuperaron, y en la EVC hemorrágica 24 pacientes (47%) se recuperaron. Sometidos a pruebas estadísticas, no se encontró diferencias significativas en la recuperación física entre ambos tipos de EVC siendo su comportamiento similar para ambos.

Esta recuperación física, traducida en el mejoramiento del puntaje de los índices de Barthel luego de dos meses de rehabilitación, se ve evidenciada en otros trabajos, en donde un puntaje mayor de 60 puntos indica independencia del paciente para realizar sus actividades de la vida diaria y menos tiempo de estadía en el hospital (19).

**CUADRO N° 7**

<b>DISTRIBUCION DE PACIENTES POR RECUPERACION FISICA SEGÚN DEPRESION</b>						
<b>HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA 1999-2000</b>						
<b>DEPRESION</b>	<b>RECUPERACION FISICA</b>				<b>TOTAL</b>	
	<b>SE RECUPERO</b>		<b>NO SE RECUPERO</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ISQUEMICO	74	57	55	43	129	71.7
HEMORRAGICO	24	47	27	53	51	28.3
<b>TOTAL</b>	98	54	81	46	180	100.0

Chi cuadrado 27.61 valor de p = 0.0000001

ODDS ratio 0.18 RR 0.42

En el cuadro N° 7 se muestra la relación que existe entre la recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC y presencia de depresión en dichos pacientes. Los pacientes con depresión se recuperaron en un porcentaje mucho menor (29.4%) en relación a los pacientes que no tenían depresión (69.6%). Asimismo, existe un porcentaje mayor de pacientes con depresión post EVC que no se recuperaron (70.6%) en relación al porcentaje de pacientes no deprimidos que no se recuperaron (30.4%). Sometido a la prueba estadística del chi cuadrado se aprecia que existe una diferencia altamente significativa entre los grupos estudiados (chi cuadrado = 27.61) con una p =



0.0000001) lo cual muestra que hay una fuerte asociación negativa entre la depresión y la recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC.

Estos hallazgos confirman nuestra hipótesis de que la depresión influye negativamente en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

- 1) La presencia de depresión en pacientes con secuela motora de EVC dentro de los primeros treinta días de ocurrida la enfermedad, fue de 66.7% en la muestra estudiada, disminuyendo en porcentaje a los dos o tres meses de ocurrida la EVC a un 37.8%.
- 2) El 71% de pacientes con secuela motora de EVC fueron dependientes en cuanto a sus actividades de la vida diaria dentro del primer mes de enfermedad, reduciéndose a 60% a los dos o tres meses de ocurrido el episodio, luego de la terapia de rehabilitación.
- 3) La recuperación física de los pacientes con secuela motora de EVC fue mayor en pacientes no deprimidos que en los deprimidos, con diferencias estadísticamente significativas, lo cual nos permite concluir que la depresión influye negativamente en la recuperación física de estos pacientes.
- 4) Se recomienda evaluar la presencia de depresión en los pacientes con secuela motora de EVC, e iniciar terapia antidepresiva precoz con la finalidad de permitir una mayor recuperación física del paciente en sus actividades de la vida diaria.

## **RESUMEN**

Se estudiaron 180 pacientes asegurados que acuden al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de EsSALUD con secuela motora de Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) siendo evaluados clínicamente para determinar la presencia de depresión y sometidos a estudio mediante la Escala de Evaluación de Hamilton para la Depresión, y su limitación para las actividades de la vida diaria mediante el Índice de Barthel, al mes y a los dos meses de ocurrida la enfermedad, luego de recibir terapia de rehabilitación.

Se encontró que 66.7% de pacientes presentaban depresión al mes de ocurrido el episodio y que este porcentaje disminuyó a 33.8% a los dos o tres meses. El 71% de pacientes fueron dependientes en sus actividades de la vida diaria al mes de ocurrido el EVC, reduciéndose al 60% a los dos o tres meses de enfermedad, luego de recibir terapia de rehabilitación.

El porcentaje de pacientes que se recuperaron físicamente fue mayor en el grupo de pacientes no deprimidos (69.9%) en relación al otro grupo (29.4%) con diferencias estadísticamente significativas. Esto nos permite concluir que la depresión influye negativamente en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de Enfermedad Vascular Cerebral.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Castillo Sánchez J., Alvarez Sabin J., Martí-Villalta J., Martínez Vila E., Matries-Guiu J. Manual de Enfermedades Vasculares Cerebrales. J.R. Prous. España Editores 1990.
2. Deza Bringas Luis, Aldave Raquel. Descripción epidemiológica intrahospitalaria de desórdenes vasculares cerebrales. Revista Neuropsiquiatría Vol. 53: 50-57, marzo 1990.
3. Eastwood Robin, Riderman James, Hajek Vlasta J. Mood disorder following cerebrovascular accident. Br J Psychiatry. 1989; 154: 195-200.
4. Birkett Peter D. Psiquiatría Clínica y Accidente Cerebrovascular. Editorial Masson S.A. 1998; 14: 231-232.
5. Glen J. Treisman; Constantine G. Lykitsos; John R Lipsey; Philip Morris; Robert G. Robinson. Does stroke cause depression? The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. Washington, Winter 1998.
6. Astrom N. Adolfsson.; R. Asplund K. Major depression in stroke patients A 3 year longitudinal study. Stroke 1993; 24: 976-982.
7. Meiwi Kotila, Keikki Numminen, Olli Waltino; Maikku Kaste Depression after stroke. Results of the Finnstroke Study. Dallas, February 1998.

8. Morris-PL, Robinson Robert, Raphael B, Hopwood M.J Lesion location and post stroke depression. Department of Psychiatry. University of Melbourne, Victoria, Australia. J. Neuropsychiatry Clin Neuroscience 1996. Fall, 8 (4): 399-403.
9. Starkstein Sergio E; Robinson G; Price R. Thomas. Comparison of cortical and subcortical lesions in the production of post stroke mood disorders. Brain (1987) 110: 1045-1059.
10. Barry S. Dinan TG Alpha-2 adrenergic receptor function in post stroke depression. Pshycol Med 1990, 10: 305-309.
11. Berrios Germán E. Neuropsiquiatría del daño cerebral. Revista de Neuropsiquiatría 59:41-56, 1996.
12. Mayberg Helen J; Robert G. Robinson; Dean F. Wong; Rajesh Parikh. Am J Psyquiatry 1988; 145: 937-943.
13. Santos G. Ranzeningo A; Caregrats R. Social and family integration of hemiplejic elderly patients 1 year after stroke (1990) 21: 1019-22.
14. Frienland J., McColl M.A. Social support and psychosocial dysfunction after stroke: buffering effects in community sample. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation (1987) 68: 475-480.
15. Parikh R.M., Robinson R. Lipsey J.R., Starkstein S.E., Fedoroff J. P., Price T.R. The impact of post stroke depression on recovery in activities

- of daily living over two year followup. Archives of Neurology (1990) 47: 785-9.
16. Looney CK; Keneeth NK; Paulim ST. Post stroke depression: outcome following rehabilitation. Austin N 2-5 Psychiatry; 1995 December 29 (4): 609-14.
  17. Bech P; Kastrup M. Rafaelsen O.J Breve compendio de las escalas de evaluación para los estados de ansiedad, depresión, manía y esquizofrenia con los síndromes correspondientes en el DSM-III. Acta Psiquiátrica Escandinava. Suplemento 326 Vol 73 pag 10-29, 1988.
  18. Hamilton M. rating scale for depression. J Neurol Neurosurg. Psychiat 1960; 23: 56-62.
  19. Granger Carl V., Lester S. Dewis; Nancy C. Peters; Clarence C. Sherwood; Juliana E. Barrett Stroke Rehabilitation: Analysis of repeated Barthel Index measures. Arch Phys Med Rehabil Vol 60 January 1979.
  20. Robinson Robert; Lipsey John R, Krishna Rao; Price Thomas R. Two year longitudinal study of post stroke mood disorders: comparison of acute onset with delay onset depression. Am J. Psychiatry 143: 10, October 1986.
  21. Dewick T. Wade; Clive E. Skilbeck; M Phil Richard Laugten Hewer. Predicting Barthel ADL score at 6 months after an acute stroke. Arch med Rehabil Vol 64 January 1983.

22. Andersen G., Vestergoard K., Rus Lwitzen L. Incidence of post stroke depression during the first year in a large unselected stroke population using a valid standarized rating scale. An Psychiatr Scand 1994; 90: 190-195.
23. Iacoboni M; Padovani A., Di piero V., Lenzi G. Post stroke depression: relationships with morphogical damage and cognition over time. Itsl J Neurol Sci 1995 My, 16 (4): 209-16.
24. Burwill PW; Johnson G; Jairosik KD; Anderson CS; Stewart Wyme EG; Chakera TM. Prevalence of depression after stroke: The Perth Community Stroke Study. Br J Psychiatry 1995 March; 166 (33): 320-27.
25. Rajamanmar Rannasubbu; Robert G. Robinson; Alastar J. Flint; Tordd Kosier; Thomas R. Price. Functional impairment associated with acute post stroke depression: the stroke data bank study. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, Washinton, Qinter 1998 (10) 26.

**ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACION**  
**DE LA DEPRESION**

Nombre: .....

Fecha: .....

**1. HUMOR DEPRESIVO**

(sentimiento de tristeza, abatimiento, desvalorización y  
desesperanza).

- 0 No evidente
- 1 Sólo exteriorizando al preguntar
- 2 Exteriorizado espontáneamente
- 3 Claros signos depresivos (expresión facial, voz, postura corporal, lágrimas).
- 4 La entrevista está dominada por comentarios acerca de un abatimiento y desesperanza.

**2. SENTIMIENTO DE CULPA**

- 0 No evidente
- 1 Dudoso al momento de la evaluación (cree ser una carga para su familia y para sus compañeros de trabajo)
- 2 Sentimiento de culpa o cavilaciones sobre faltas anteriores
- 3 La enfermedad la percibe como castigo
- 4 El sentimiento de culpa se convierte en delusivo



**3. IDEACION**

- 0 No evidenciable
- 1 La vida no vale la pena ser vivida, pero no expresa deseo de morir
- 2 Ideas de muerte no estructuradas
- 3 Ideas suicidas
- 4 Intento de suicidio

**4. INSOMNIO INICIAL**

- 0 Ausente
- 1 Trastornos ocasionales (más de media hora)
- 2 Trastornos constantes

**5. INSOMNIO MEDIO**

- 0 Ausente
- 1 Sueño Interrumpido
- 2 Despertar nocturno

**6. INSOMNIO TARDIO**

- 0 Ausente
- 1 Despertar muy temprano pero con capacidad para dormir
- 2 Despertar muy temprano sin poder conciliar el sueño

**7. TRABAJO Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

- 0 Sin ninguna influencia
- 1 Se siente incapaz o decaído
- 2 Deficiente interés en las actividades cotidianas y reducción de su capacidad de trabajo
- 3 Incapacidad para realizar su trabajo o actividad de la vida diaria
- 4 Incapacidad permanente

**8. ENLENTECIMIENTO PSICOMOTOR**

- 0 No evidenciable
- 1 Leve reducción del ritmo de la conversación y del movimiento
- 2 Movimientos discretos de las extremidades
- 3 Inquietud motora
- 4 Agitación psicomotriz

**9. ANSIEDAD PSIQUICA**

- 0 No evidente
- 1 Discreta irritabilidad
- 2 Ansioso, irritable. Aprehensivo
- 3 Episodios de pánico
- 4 Ansiedad severa que interfiere las funciones de la vida diaria

**10. ANSIEDAD SOMATICA**

(sudoración, temblores, meteorismo, cólicos, palpitaciones, cefalea)

- 0 No evidente
- 1 Ocasionalmente
- 2 Episódicos que no interfieren con la vida diaria del paciente
- 3 Son molestos, que interfieren con la vida diaria del paciente
- 4 Numerosos, persistentes e incapacitantes

**11. SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES**

(falta de apetito, estreñimiento, cólicos)

- 0 No evidente
- 1 Falta de apetito, come pero sin gusto
- 2 Tiene que ser estimulado para comer

**13. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES**

(fatiga, agotamiento y pérdida de energía)

- 0 No evidente
- 1 Molestias vagas
- 2 Molestias evidentes

**14. DESINTERES POR EL SEXO**

- 0 Sin variación
- 1 Leve reducción del interés
- 2 Pérdida clara del impulso sexual

**15. HIPOCONDRIA**

- 0 No evidente
- 1 Ligera preocupación por la salud
- 2 Considerablemente preocupado por la salud
- 3 Está convencido que padece una enfermedad física que explica los síntomas
- 4 Delusiones somáticas

**16. IMPRESION PROPIA SOBRE LA ENFERMEDAD**

- 0 El paciente se da cuenta que está deprimido y enfermo
- 1 Admite estar enfermo, pero lo atribuye a la alimentación, al clima, al exceso de trabajo, etc. (circunstancias ajenas a la enfermedad)
- 2 Niega totalmente estar enfermo

**17. PERDIDA DE PESO**

(primera entrevista)

- 0 No hay pérdida de peso
- 1 Pérdida de peso entre 1 y 2,5 Kg
- 2 Pérdida de peso igual o superior a 3 Kg

(a intervalos semanales)

- 0 No hay pérdida de peso
- 1 Pérdida de 0.5 Kg/semana
- 2 Pérdida de 1 Kg o más por semana

**PUNTAJE:**

- 0-7 No depresión
- 8-15 Depresión menor
- 16 o más Depresión

**FICHA DE EVALUACION DE INDICE DE BARTHEL**

Nombre: .....

Fecha: ..... Tiempo de Enfermedad: .....

Tipo de EVC: ..... 1er control 2do control

---

**1. ALIMENTACION**

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (5)
- Totalmente dependiente (0)

**2. BAÑO**

- Independiente (5)
- Necesita ayuda (0)

**3. ASEO PERSONAL**

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (0)

**4. VESTIRSE**

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (5)
- Totalmente independiente (0)

**5. CONTROL ANAL**

- Sin problemas (10)
- Algún accidente (5)
- Accidentes frecuentes (0)

**6. CONTROL VESICAL**

- Sin problemas (10)
-

- Algún accidente (5)
- Accidentes frecuentes (0)

**7. MANEJO DEL INODORO**

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (5)

**8. DESPLAZAMIENTO SILLA/CAMA**

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (0)

**9. DESPLAZAMIENTO**

- Independiente (15)
- Necesita ayuda (10)
- Independiente en silla de ruedas (5)
- Incapaz de desplazarse (0)

**10. SUBIR ESCALERAS**

- Independiente (10)
- Necesita ayuda (5)
- Incapaz de subirlas (0)

**PUNTUACION TOTAL:** (estado independiente más de 60 puntos)

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

Nombre: ..... N° de ficha .....

Edad: ..... Dirección: ..... Teléfono: .....

S.S: .....

Fecha de recolección de datos: ..... N° Historia Clínica: .....

Grado de instrucción: ..... Ocupación: .....

Tiempo de enfermedad: ..... meses

Tipo de EVC: .....

Secuela: Déficit motor Si ( ) No ( )

Trastornos del lenguaje Si ( ) No ( )

Otros trastornos.....

Puntaje de la Escala de Hamilton: ..... Ptos (1er control)

..... Ptos (2do control)

Terapia física: Tiempo ..... días

Indice de Barthel: ..... ptos (1er control) ..... pts (2do control)