FUNDACION H.A.BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN.

TITULO: "Factores de riesgos predominantes para el Accidente Cerebrovascular en los pacientes del Hospital San Juan Bautista de Santo Tomé, Corrientes, Argentina"

AUTOR: Molina Alberto Yoel

TUTOR DE CONTENIDO: Lic. Turcuman Ricardo David

ASESOR/ES METODOLOGICO: Fernández Víctor Hugo, Villarquide Lucrecia

FECHA DE ENTREGA: 12 de Diciembre de 2013

FECHA DE PRESENTACION: 20 de Diciembre de 2013

CONTACTO DEL AUTOR: Refferando@live.com.ar

Resumen

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la tercera causa de muerte mundial. Con desarrollo de signos focales o globales que compromete la función cerebral. Para este tipo de lesión existen factores de riesgos que se los dividen en modificables y no modificables. El ACV representa uno de los problemas alarmantes de la salud pública en todos los países desarrollados y en vía de desarrollo.
Objetivos: esta investigación tuvo como objetivo determinar el tipo de ACV, identificar los factores de riesgos predominantes, como así también el tipo de rehabilitación kinésica en los pacientes con antecedentes de ACV.
Materiales y métodos: se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal y analítico. Donde se analizaron 36 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ACV del Hospital San J. Bautista.
Resultados: la media de la edad fue de 65 años, el sexo masculino sobrepaso al femenino en un 50%. Predomino el tipo de ACV isquémico con el 47,20%. Los factores de riesgos más frecuentes fueron: la hipertensión (69,40), Diabetes (16,70%), y alcoholismo (5,60%). De acuerdo con la rehabilitación kinésica los datos más significativos que se obtuvieron fueron: el inicio en el primer semestre abarco el 50%, la duración el tiempo hospitalario obtuvo el 27,80%, y en la fase de rehabilitación predomino la fase subaguda/continua con un 38,90%.
Conclusión: Se pudo conocer el tipo de ACV y los factores de riesgos predominantes, para así enfatizar en la prevención y promoción de la salud. En lo que respecta a la rehabilitación Kinésica se puede decir que el abordaje kinésico inmediato logra mayores beneficios. Por lo cual el rol del Kinesiólogo en el equipo interdisciplinario vendría a ser esencial y necesario para la recuperación de estos pacientes.

ABSTRACT

Introduction: *cerebrovascular (stroke) accident according to the World Health Organization (WHO) defines it as the third leading cause of death worldwide . With development of focal or global signs that compromises brain function. For this type of injury are risk factors that divide them into modifiable and non- modifiable . Stroke is one of the alarming problems of public health across the developed and developing .*
Objectives*: This study aimed to determine the type of stroke , identifying the predominant risk factors , as well as the type of kinesthetic rehabilitation in patients with a history of stroke.*
Materials and Methods*: A descriptive study of observational and analytical transverse cut was made . Where medical records of 36 patients were analyzed with a diagnosis of stroke Hospital San J. Bautista .*
Results*: The mean age was 65 years, male to female surpassed 50% . Predominant type of ischemic stroke with 47.20 %. The most common risk factors were hypertension (69,40) , diabetes (16.70%) , and alcohol (5.60 %). According to the most significant rehabilitation kinetics data obtained were the start in the first half spanned 50% , hospital duration time obtained 27.80% , and the rehabilitation phase predominance subacute / continuous phase with 38.90 % .*
Conclusion*: It was possible to determine the type of stroke and risk factors prevalent , so emphasize prevention and health promotion . With regard to the rehabilitation Kinesics can say that the immediate kinésico approach achieves higher profits. Therefore the role of the interdisciplinary team Kinesiologist would become essential and necessary for the recovery of these patients.*

I. INTRODUCCION

Al Accidente cerebrovascular (ACV) la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la tercer causa de muerte mundial, y la principal causa de incapacidad de origen neurológico. [4] Teniendo una incidencia en América Latina que varía entre 35 y 183/100.000 habitantes. [4] A ello podría agregarse que existen diversos factores que predisponen la ocurrencia del ACV siendo modificables y no modificables. Los factores de riesgos no modificables involucran el antecedente familiar de ACV, sexo, y la edad. Entre los factores de riesgo modificables, como la hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, hiperlipidemias, Habito al tabaco, Alcoholismo, Obesidad, falta de actividad física (Sedentarismo), y ataques isquémicos cerebrales previos. [6] La importancia de los factores de riesgo radica en que su identificación permitirá establecer estrategias y medidas de control en los sujetos que todavía no han padecido la enfermedad (prevención primaria), o si ya la han presentado prevenir o reducir las recidivas (prevención secundaria).[18] Por lo tanto determinar el tipo de ACV, los factores de riesgos predominantes, y la rehabilitación kinésica en Santo Tome, llevara a un conocimiento más amplio del tema, y conducirá a mejorar las medidas preventivas al ACV.

También se define al accidente cerebrovascular (ACV) como el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral. [1] Su incidencia varía entre 150 a 200 casos cada 100.000 habitantes por años, y la prevalencia esta entre 500 y 700 casos por cada 100.000 habitantes. [2] En los Estados Unidos se ha estimado una prevalencia de 1.200/100.000 habitantes con una ocurrencia de casos nuevos de aproximadamente 730.000 por año. [3] En Europa se calcula que la incidencia es de 235/100.000 habitantes. [4]

La enfermedad cerebrovascular (apoplejía en la nomenclatura antigua) se define por la deficiencia neurológica repentina atribuible a una causa vascular focal. La isquemia cerebral es causada por la reducción del flujo sanguíneo durante unos cuantos segundos, los síntomas aparecen en segundo por la privación neuronal de glucosa y, por consiguiente la deficiencia energética es muy rápida. Si la interrupción dura bastantes minutos surgirá infarto o muerte

del tejido encefálico, si se reanuda a muy breve plazo la irrigación, puede haber recuperación plena del tejido. Esta situación recibe el nombre de ataque isquémico transitorio (TIA). La definición de TIA señala que todos los signos u síntomas neurológicos deben mostrar resolución de 24 horas, se ha producido un ACV si duran más de 24 horas los signos y los síntomas. Sin embargo una definición propone que se considere como ACV isquémicos a todos los casos nuevos de infartos cerebrales, independientemente de que persistan los síntomas. Por otra parte, la isquemia o infarto focal suelen ser producidos por trombosis de los propios vasos cerebrales o por émbolos que provienen de una arteria proximal o del corazón. La hemorragia intracraneal es causada por el paso directo de sangre al parénquima encefálico o de zonas que lo rodean; generan síntomas neurológicos por un efecto en masa (expansivo) en estructuras nerviosas, por los efectos tóxicos de la propia sangre o por el incremento de la presión intracraneal. [5] En el ACV existen diversos factores que predisponen la ocurrencia del mismo siendo modificables y no modificables. Los factores de riesgos no modificables involucran el antecedente familiar de ACV, sexo, y la edad. Entre los factores de riesgo modificables, como la hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, hiperlipidemias, Habito al tabaco, Alcoholismo, Obesidad, falta de actividad física (Sedentarismo), ataques isquémicos cerebrales previos. [6]

Entre los factores de riesgos no modificables el sexo masculino es un factor de riesgo para este tipo de enfermedad, dado que la incidencia del ictus cerebrovascular es un 30% superior en los varones. [18] La edad constituye el factor de riesgo independiente más importante para sufrir un ACV pero obviamente es un factor no modificable. [7] El aumento de la edad coincide con un mayor riesgo, ya que a partir de los 55 años se dobla el riesgo de ACV por cada década. [8]

Entre los factores de riesgos modificables tenemos la Hipertensión Arterial (HTA), es el principal factor de riesgo modificable en el ACV, ya que actúa agravando y acelerando la arteriosclerosis y la enfermedad cardiovascular. El riesgo de ACV es entre 3 y 4 veces superior entre los pacientes con HTA. Una

reducción de la tensión arterial (TA) sistólica de 10 a 12 mm Hg y de 5 a 6 mm Hg de la TA diastólica se asocia con una reducción del 38% en la incidencia de ACV.[9] La Diabetes mellitus se caracteriza por un déficit absoluto o relativo de insulina, lo que origina hiperglucemia, con tendencia a afectación de pequeños y grandes vasos a largo plazo; es una de las principales causa de mortalidad en los países desarrollados y en vía de desarrollo. Se estima que el 38% de la mortalidad atribuible al accidente cerebrovascular se deben a la presencia de diabetes. [10] La Hiperlipidemia se denomina así a los niveles excesivos de lípidos. Los ataques cardiacos y los accidentes cerebrovasculares son resultados frecuentes, a menudo mortales, de las arterias bloqueadas, que restringen completamente el flujo sanguíneo, y por lo tanto cortan el suministro de oxígeno al cerebro y corazón. [11] Se estima que el consumo de alcohol es el responsable de un 20 a 30% de todos los casos de hipertensión arterial, siendo esto un factor de riesgo predominante de ACV y miocardiopatías. [12] El 55 % de la morbilidad por enfermedad cerebrovascular es debida al tabaco, convirtiéndose en unos de los factores de riesgo modificables más importante. En cuanto al riesgo de un accidente cerebrovascular, deben pasar entre 1 a 5 años desde el abandono del consumo para que se iguale al riesgo al de un no fumador. [13] La obesidad tiene un efecto adverso sobre la salud y la longevidad directamente proporcional al índice de masa corporal (IMC) y a la patología asociada. Actualmente la obesidad puede considerarse no sólo como un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) sino también como una enfermedad severa, particularmente en su forma mórbida y en algunos casos especiales de asociación con otras enfermedades. [14] E l ACV previo de acuerdo con las conclusiones del NOMASS 1 a 4% de los pacientes con ACV lo repiten dentro de un plazo de 30 días, 5 a 25% al año, y 20 a 40% a los 5 años. [8]

Las alteraciones comunes del ACV las cuales son focales, es decir se localizan en el área específica irrigados por el vaso sanguíneo afectado. Los deterioros comunes son la hemiplejia (del lado contralateral a la lesión), déficit sensitivos, alteraciones cognitivas, deficiencias motoras, trastornos del lenguaje y deterioros visuoperceptivos. El déficit sensitivo puede consistir en alteraciones

táctiles, del dolor, la temperatura, la propiocepción y la cinestesia. Entre las deficiencias motoras cambios en el tono, interrupción del movimiento activo y apraxia. El déficit visual común son alteraciones o intenciones del campo visual, diplopía y dificultades con la exploración visual o la percepción de la profundidad. También pueden expresarse cambios en la personalidad y modificaciones en la afectividad. [15] Es importante conocer las diferentes alteraciones para poder armar un protocolo de rehabilitación de las lesiones, que va constar de diferentes etapas. Rehabilitación en fase aguda inicia en la unidad intensiva una vez establecido el ictus y su diagnóstico, y controlados todos los aspectos médicos que impliquen un riesgo vital. El objetivo será evitar complicaciones mediante la movilización precoz y la recuperación de las actividades de auto cuidado. [16] En la fase subaguda están los pacientes que alcanzan la estabilización neurológica de su cuadro, puede ser descripta de la siguiente manera: 10% quedan sin secuelas, por lo que no requieren rehabilitación funcional, 10% quedan severamente dañados, y el manejo consiste en prevenir complicaciones y entrenamiento familiar, y 80% quedan con algún grado de déficit neurológico que se beneficiaría de un proceso de rehabilitación activa, por lo tanto la rehabilitación debe ser precoz y continua. En la fase crónica y de seguimiento el paciente se dimensiona como ser social, y por ello, el equipo de rehabilitación debe hacer un diagnóstico precoz de la red socio familiar, y se requiere tres grandes objetivos: Reinserción óptima a nivel familiar, social y, eventualmente, laboral; mantener los logros funcionales obtenidos en la fase subaguda; y evitar la recurrencia del ACV.[17] La rehabilitación domiciliaria se realiza en pacientes que presentan discapacidad moderada o severa, con apoyo socio-familiar suficiente en el domicilio y con dificultades para desplazarse al centro de rehabilitación. Diversos estudios han demostrado que la rehabilitación desarrollada por un equipo multidisciplinario disminuye la mortalidad y la institucionalización, mejora el pronóstico funcional y reduce los costes globales derivados de la enfermedad. Para cada paciente se debe desarrollar un programa individualizado, con unos objetivos y plan terapéutico de intervención. El proceso de recuperación se debe reevaluar en forma periódica y si es preciso, adaptarlo en función de la evolución. [16]

El objetivo de esta investigación es determinar la frecuencia del tipo de ACV, identificar los factores de riesgos predominantes, como así también la rehabilitación kinésica en los pacientes con antecedentes de ACV.

II. MATERIALES Y METODOS

Estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal y analítico.

El universo de estudio consto de pacientes de ambos sexos, con una edad entre 35 a 95 años con antecedentes de padecer accidente cerebrovascular, que ingresaron al Hospital San Juan Bautista (SJB) en el periodo de 2010 al 2012. Dentro de los criterios de inclusión se seleccionaron 36 historias clínicas que correspondían con la toma de datos requerida, (anexo 1) planilla de datos que consta de dos partes, en la primer parte se analiza el sexo, edad, el antecedente de lesión y el factor/res de riesgos predominantes datos sacados de las historias clínicas, y la segunda parte la rehabilitación kinésica abarcando inicio de la rehabilitación (en meses), fase de rehabilitación dividido en cinco ítems (Fase aguda; corresponde la rehabilitación en el hospital, Fase subagudo/Continuo, Fase subagudo/Discontinuo, Fase crónico/Continuo, y Fase crónico/Discontinuo) y el tiempo de duración (en meses), datos aportados por cada paciente en particular. En los criterios de exclusión; se excluyeron 33 historias clínicas debido a que algunos de los pacientes figurados en ella obitaron y otros eran de pueblos cercanos a Santo Tome, que asisten al hospital SJB por ser de mayor nivel asistencial de la zona.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico IBM SPSS statics 21. Para el análisis de las variables ordinales y nominales, se usó tablas de frecuencia absoluta y relativa. A fin de verificar frecuencia y tipo de lesión, edad, sexo, factor/res de riesgos, rehabilitación kinésica en (inicio, duración y Fase de rehabilitación).

III. RESULTADOS

Los resultados en la tabla de frecuencia de las variables características del paciente (tabla 1), demuestra una prevalencia del ACV en pacientes masculinos con un 66,70% y femenino con 33,30%. De acuerdo con los rangos de edades un 27,8% de entre 55-65 y de 65-75 años, seguido con un 16,70% de 75-85 años, el 11,10% entre 45-55 años, el 8,30% de 35-45, y el 8,30% entre 85-95 años. De los factores de riesgos el más predominante fue la HTA con un 69,40%, seguido de la Diabetes Mellitus 16,70%, el alcoholismo con 5,60%, el ACV previo y el fumador con un 2,80%. En los antecedentes de lesión el 47,20% ACV isquémico, el 36,10% ACV hemorrágico y el 16,70% TIA.

Tabla 1. Cracteristicas de la poblacion

Variables	Categorias	Frecuencia	F. Relativa
Sexo	Masculino	24	66,70%
	Femenino	12	33,30%
N=total poblacion	36		
Rango de edades	35-45	3	8,30%
	45-55	4	11,10%
	55-65	10	27,80%
	65-75	10	27,80%
	75-85	6	16,70%
	85-95	3	8,30%
Factor de riesgo	Acv previo	1	2,80%
	Alcoholismo	2	5,60%
	Diabetes	6	16,70%
	Fumador	1	2,80%
	HTA	25	69,40%
	Obesidad	1	2,80%
Antecedente de lesion	ACV Isquemico	17	47,20%
	ACV Hemorragico	13	36,10%
	TIA	6	16,70%

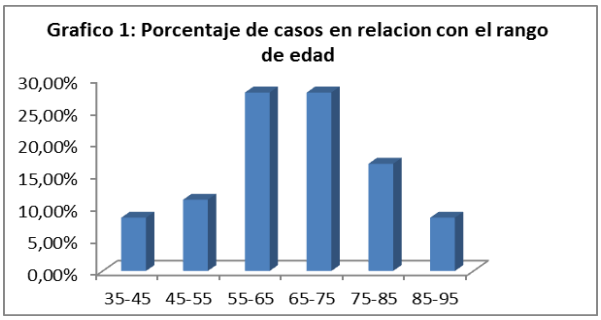
En la siguiente tabla de las variables de acuerdo a la rehabilitación Kinésica (tabla 2), demuestra que el inicio de la misma es en el primer semestre con un 50% de pacientes, lo sigue con un 27,80% los pacientes que iniciaron la rehabilitación en el hospital, con un 13,90% los que comenzaron en el tercer semestre y con un 8,30% el segundo semestre. En la duración de la rehabilitación el 27,80% la rehabilitación fue durante la hospitalización, el 22,20% hasta el segundo semestre, el 19,40% hasta el cuarto semestre y el 16,70% el primer semestre. De acuerdo a la fase de rehabilitación el 38,90% fue en Fase subaguda/continua, el 27,80% la

Tabla 2. Rehabilitacion Kinesica

Variables	Categoria	Frecuencia	F. Relativa
Inicio Rehabilitacion	Inicio Hospitalario	10	27,80%
	Primer semestre	18	50%
	Segundo semestre	3	8,30%
	Tercer semestre	5	13,90%
Duracion Rehabilitacion	Tiempo hospitalario	10	27,80%
	Primer Semestre	6	16,70%
	Segundo semestre	8	22,20%
	Tercer semestre	5	13,90%
	Cuarto semestre	7	19,40%
Tipo Rehabilitacion	Fase Aguda	10	27,80%
	Fase subagudo/Continuo	14	38,90%
	Fase subagudo/Discontin	4	11,10%
	Fase Cronico/Continuo	5	13,90%
	Fase cronico/Discontinuo	3	8,30%

rehabilitación tuvo una fase aguda, seguido de 13,90% la fase crónico/Continuo, el 11,10% la rehabilitación es en fase subaguda/Discontinua, y el 8,30% es en fase crónico/Discontinuo.

La edad promedio (grafico 1) resulto ser 65 años, obteniendo un 27,80% de los casos.



IV. DISCUSION Y CONCLUSION

En el presente estudio se observó que el tipo de ACV isquémico es el más frecuente en la población seleccionada, lo cual coincide con otras investigaciones donde señalan al ACV isquémico como el más preponderante, [4]. Con respecto al factor de riesgo predominante la HTA ocupa el primer lugar, como lo dicen otras bibliografías donde relacionan que el paciente hipertenso tiene aproximadamente cinco veces mayor probabilidad de padecer un ACV, [1,6]. Siguiendo la Diabetes como el segundo factor de riesgo dominante, presentándose con una frecuencia mayor que el tabaquismo y el ACV previo siendo estos según otros estudios observados los factores de riesgos más presentes superando a la diabetes, [4]. De acuerdo al sexo predomino el masculino superando por encima del 50% al femenino y concuerda con bibliografías donde señalan que el ACV afecta más a varones que a mujeres, [2,18]. La media de la edad de los pacientes fue de 65 años lo que se ajusta con estudios anteriores que evidencian que el grupo de edad característico es mayor o igual a 60 años, [2]. En lo que respecta a la rehabilitación kinésica la mayoría de la población tiene una fase de rehabilitación subaguda/continua, lo que coincide con bibliografías donde señalan que la misma debe ser inmediata y continua, dando como resultado mayores beneficios, [17].

Como conclusión de la investigación se pudieron concretar los objetivos propuestos. Se pudo conocer el tipo de ACV y el factor/res de riesgo

predominante, lo cual llevara a analizar de manera holística sobre que se debe enfatizar en la promoción/prevención de la salud en Santo Tomé, Corrientes, recordando que la prevención primaria es el método más seguro y económico para mejorar la calidad de vida y así revertir estos factores. De acuerdo con la rehabilitación Kinésica se pudo obtener como resultado que el abordaje kinésico inmediato y continuo logra en el paciente mayores beneficios, para así realizar sus tareas cotidianas e incluirse nuevamente a la sociedad. También para dar a conocer el rol del Kinesiólogo en el equipo interdisciplinario viniendo a ser esencial y necesario para la recuperación de estos pacientes.

Al ser un estudio descriptivo, tiene un alcance limitado por lo cual se evidencia la necesidad de nuevas investigaciones aumentando el tamaño de la muestra y acentuando aún más en la prevención primaria y en la promoción de salud con campañas de concientización, y control de los factores de riesgos aquí descriptos, llevando a mejorar la calidad de vida de cada integrante de la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Casanova EG, Cabrera RG, Casariego MRG. Factores de riesgo de las enfermedades cerebrovasculares en el municipio Ciego de Ávila. Enero-mayo de 2011. MEDICIEGO. 2013; 19(1).
2. Rodríguez IM, Hernández SIT, Guevara LS, Pérez YC. Comportamiento de la enfermedad cerebrovascular en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Morón. Marzo 2007-marzo 2009. MEDICIEGO. 2010; 16(2):1-7.
3. Isaula OF, Canales EP, Sierra M, Medina MT, Baca VS. Enfermedad cerebrovascular y factores asociados en la población de Villanueva, Cortes, Enero 2006-diciembre 2010. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 2011; 8(2):45-51.
4. Carreño JGP, Aristazabal LCA, Franco ALL. Factores de riesgo relacionado con la mortalidad por enfermedad cerebrovascular, Armeni, Colombia, 2008. Iatreia. 2011; 24(1):26-33.
5. Smith WS, English JD, Johnston SC. Enfermedades cerebrovasculares. Harrison Principios de Medicina Interna 17a edición. México: McGraw-Hill/ Interamericana de México; 2012. p. 2513-35.
6. Saldívar MN, Cruz AEO, Flores HJR. Enfermedad vascular cerebral: incidencia y factores de riesgo en el Hospital General La Perla. Medicina Interna de México. 2012; 28(4):342-344.
7. Rojas JI, Zurru MC, Romano M, Patrucco L, Cristiano E. Accidente Cerebrovascular Isquemico en mayores de 80 años. Medicina 2007; 67(6/2):701-4.
8. Pebet M. Epidemiologia y factores de riesgos. Editores: Micheli F, Nogues MA, Asconape J, Pardal MMF, Biller J. Tratado de Neurología Clínica. Ed: Editorial Medica Panamericana; 2002. p. 390-5.
9. Cormenzana JCL, Buonanotte CF. Hipertensión arterial y accidente cerebrovascular en el anciano. n e u r o l a r g. 2012; 4(1):18-21.

10. Zanuy MAV, Sanz ML. Nutrición en la Diabetes Mellitus. Editores: Hernández AGD. Tratado de Nutrición: Nutrición Clínica. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2010. p. 473.
11. Roberts AJ. Trastornos del Colesterol y Aterosclerosis. Editores: Roberts AJ, O'Brien ME, Sharpe GS. Enciclopedia de la medicina orto molecular Nutriceuticos. Barcelona: Robin Book; 2003. p. 158-160.
12. Gonzales FJA, Gracia CdR. Farmacología del alcohol. Manual Set de Alcoholismo. España: Editorial Medica Panamericana; 2003. p. 120-1.
13. Pozo BS, Diez JdM. Tabaquismo y Cardiopatía Isquémica. Editores: Hernández JE, Montero JMSR. Factores de riesgos en la cardiopatía isquémica. Madrid: Dykinson; 2010. p. 109-10.
14. Elgart J, Pfirter G, González L, Caporale J, Cormillot A, Chiappe ML, et al. Obesidad en Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. Revista Argentina Salud Pública. 2010; 1(5):6-12.
15. Pulasky KH. Disfunción Neurológica en el Adulto. Editores: Crepeau, Cohn, Schell. Terapia Ocupacional. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2005. p. 774-6.
16. Álvarez AM, Gálvez SM. Accidente cerebrovascular - revisión de la literatura: etiología, diagnóstico, tratamiento general y análisis pediátrico. Revista Colombiana de Enfermería. 2011; 6(6):102-20.
17. Moyano AV. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2010; 21:348-55.
18. Martínez-Vila E, Irimia P. Factores de riesgo del ictus. ANALES. 2000; 23(3):25-31.

ANEXO 1

PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS: Hospital

N° de planilla: ____

Tema: Factores de riesgos para el Accidente Cerebro vascular predominantes en Santo Tome Corrientes.

Objetivos:

- Determinar la frecuencia del tipo de accidente cerebrovascular en el hospital San Juan Bautista.
- Identificar los factores de riesgos predominantes en los pacientes.
- Determinar la fase de la rehabilitación Kinésica.

Primer Parte: Datos personales

Nombre:

Edad:

Sexo:

Antecedente de lesión:

Factores Riesgos	Presente	Ausente
HAT		
Diabetes Mellitus		
Antecedentes Familiares		
Obesidad		
Sedentarismo		
ACV Previo		
Habito a Fumar		
Alcoholismo		

Segunda parte: Rehabilitación Kinésica

Duración de la rehabilitación (meses):

Inicio de la rehabilitación (meses):

Fase de rehabilitación: Subagudo/continuo ☐ Crónico/discontinuo ☐

Subagudo/discontinuo ☐ Crónico/continuo ☐

Fase Aguda ☐

Anexo 2

Galería Fotográfica: Resultados de la Rehabilitación Kinésica

Paciente de sexo femenino de 71 años de edad, antecedente de lesión ACV Hemorrágico, rehabilitación kinésica brindada en fase subaguda/continua.

Paciente de sexo masculino de 42 años de edad, antecedente de lesión ACV Isquémico, rehabilitación kinésica brindada en fase subaguda/continua.

Paciente de sexo masculino de 73 años de edad, antecedente de lesión ACV Isquémico, rehabilitación Kinésica brindada en fase crónica/continua.