

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Factores epidemiológicos y clínicos asociados al nivel de adherencia al
tratamiento de rehabilitación en pacientes post-accidente cerebrovascular
atendidos Hospital Nacional CASE ESSALUD Arequipa, enero 2023 -
diciembre 2024**

Tesis presentada por el bachiller:

Cucchi Quispe, Alvaro Anselmo

ORCID: 0009-0002-5679-165X

Para optar por el título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Suarez Málaga, Carlos Ernesto

ORCID: 0009-0007-0476-7312

Arequipa – Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 05 de Enero del 2026

Dictamen: 015702-C-EPMH-2026

Visto el borrador del expediente 015702, presentado por:

2016224031 - CUCCHI QUISPE ALVARO ANSELMO

Titulado:

**FACTORES EPIDEMIOLOGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS AL NIVEL DE ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
ATENDIDOS HOSPITAL NACIONAL CASE ESSALUD AREQUIPA, ENERO 2023 - DICIEMBRE 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29646562 - APAZA TOSOSCAHUA DE PALMA SANDRA LEONOR
DICTAMINADOR**



**07498994 - MARTINEZ MONTES JOSE CARLOS
DICTAMINADOR**



**42259354 - VILCA CACERES JOSHEP
DICTAMINADOR**



Factores epidemiológicos y clínicos asociados al nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación en pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos ESSALUD

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	4%
2	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.upeu.edu.pe:8080 Fuente de Internet	1%
5	revistas.fucsalud.edu.co Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	revistacmfr.org Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%

Dedicatoria

A mis padres, que son un regalo de Dios, siempre presentes, su fe en mi me impulsa adelante, este logro es más suyo que mío.

A mis hermanos Eduardo, Melanie y Evelyn por ayudar tanto económica como emocionalmente con el fin de este trabajo

A ti mi amor, Claudia, mi persona especial, por ser mi fortaleza mi inspiración y por darme la motivación que faltaba en momentos cruciales.

Y a Renzo, que con su llegada el cielo gano una estrella y la medicina perdió un buen doctor, Dios te tenga en su gloria primo.

Alvaro Cucchi



Agradecimientos

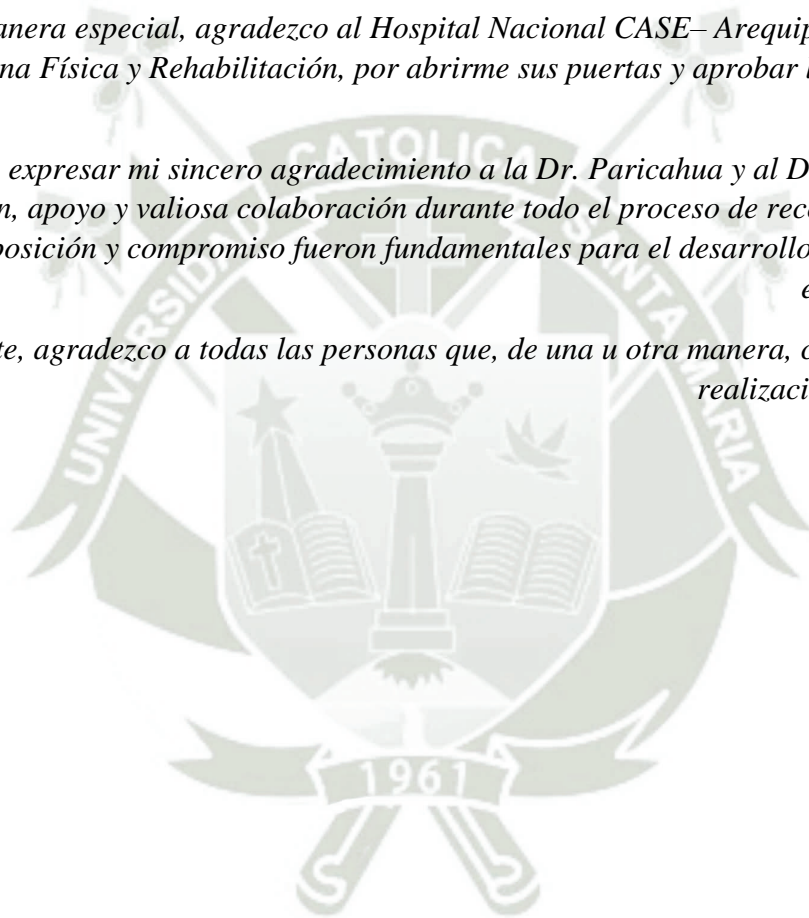
Empezar por mi familia que son fuente de inspiración cada uno de ellos y que apoyaron de manera crucial en mi formación académica, los quiero mucho. Muchas gracias.

Expreso mi profunda gratitud a la Universidad Católica de Santa María, por la sólida formación académica, el acompañamiento constante y los valores profesionales inculcados a lo largo de mi formación

De manera especial, agradezco al Hospital Nacional CASE– Arequipa y al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, por abrirme sus puertas y aprobar la ejecución de mi tesis.

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a la Dr. Paricahua y al Dr. Eduardo por su orientación, apoyo y valiosa colaboración durante todo el proceso de recolección de datos. Su disposición y compromiso fueron fundamentales para el desarrollo y culminación de esta investigación.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron a la realización de este trabajo



RESUMEN

Accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de discapacidad adquirida en adultos a nivel global, incluyendo el Perú. La rehabilitación física es un componente esencial para la recuperación funcional, pero su efectividad depende en gran medida de la adherencia del paciente.

OBJETIVOS: Determinar los factores epidemiológicos y clínicos asociados al nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación en pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en Hospital Nacional CASE ESSALUD, Arequipa, entre 2023 y 2024.

METODOS: investigación descriptiva, observacional, retrospectiva, de corte transversal. A través de revisión de historias clínicas. La población corresponde a 112 pacientes post ACV tratados en rehabilitación física en el hospital Nacional CASE ESSALUD Arequipa, entre los años enero 2023 a diciembre 2024

RESULTADOS: 41.9% de pacientes presentaron buena adherencia a la terapia física, 39.1% pacientes presentaron una buena adherencia a la terapia de lenguaje. 67.9% de los pacientes pertenecieron son adultos mayores, la media de edad es de 69.9 años. Se entro significativamente estadístico el grado de severidad leve con respecto a la falta de adherencia a la terapia física $p=0.048$. la distancia al hospital con respecto al distrito de los pacientes sugiere que a mayor distancia baja la adherencia, pero no llega a la significancia estadística $p= 0.095$

CONCLUSIONES: Se concluye que si existen factos epidemiológicos y clínicos asociados a la adherencia la terapia física. Entre los factores evaluados, la severidad del cuadro clínico mostró asociación significativa con la adherencia al tratamiento. Mostrando que en pacientes con nivel de severidad leve están asociados significativamente con la baja adherencia. Mientras q el factor de severidad moderada es principal factor asociado a mayor adherencia a la terapia física. También se determinó que los pacientes operados muestran baja adherencia a la terapia de lenguaje. Siendo la cirugía un predictor negativo extremo.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, ACV, terapia física.

ABSTRACT

Stroke is one of the leading causes of acquired disability in adults worldwide, including in Peru. Physical rehabilitation is an essential component for functional recovery, but its effectiveness depends largely on patient adherence.

OBJECTIVES: To determine the epidemiological and clinical factors associated with the level of adherence to rehabilitation treatment in post-stroke patients treated at Hospital Nacional CASE ESSALUD, Arequipa, between 2023 and 2024.

METHODS: This was a descriptive, observational, retrospective, cross-sectional study. Data was collected through a review of medical records. The study population consisted of 112 post-stroke patients treated with physical rehabilitation at Hospital Nacional CASE ESSALUD Arequipa, between January 2023 and December 2024.

RESULTS: 41.9% of patients showed good adherence to physical therapy, and 39.1% showed good adherence to speech therapy. 67.9% of the patients were older adults, with a mean age of 69.9 years. A statistically significant association was found between mild stroke severity and non-adherence to physical therapy ($p=0.048$). The distance to the hospital from the patients' district suggests that greater distance is associated with lower adherence, but this did not reach statistical significance ($p=0.095$).

CONCLUSIONS: It is concluded that epidemiological and clinical factors are associated with adherence to physical therapy. Among the factors evaluated, the severity of the clinical condition showed a significant association with treatment adherence. Patients with mild severity showed a significant association with low adherence, while moderate severity was the main factor associated with greater adherence to physical therapy. It was also found that patients who had undergone surgery showed low adherence to speech therapy, with surgery being a strong negative predictor.

Keywords: Treatment adherence, stroke, physical therapy.

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	3
1.1. Problema de investigación:	3
1.1.1. Enunciado del problema:.....	3
1.1.2. Descripción del problema:	3
2. MARCO CONCEPTUAL:	5
2.1. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR:.....	5
2.2.1. Rehabilitación:	8
2.2.2. Generalidades de la Rehabilitación y terapia física:	9
2.3. LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	11
3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	12
3.1. A NIVEL INTERNACIONAL	12
3.2. A NIVEL NACIONAL.....	14
3.3. A NIVEL LOCAL	15
4. OBJETIVOS	16
4.1. OBJETIVOS PRINCIPAL	16
4.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS	16
5. HIPOTESIS:	16
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	17
1. TECNICAS INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION	18
2. CAMPO DE VERIFICACION DE DATOS:.....	18
CAPÍTULO III RESULTADOS	20
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	35

RECOMENDACIONES	36
i. Cronograma:.....	37
ii. Referencias Bibliográficas.	38
ANEXOS	45



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 MATRIZ OPERACIONAL DE VARIABLES.....	3
TABLA 2: VALORES DE LA ESCALA NIHSS ASOCIADOS LA SEVERIDAD	8
TABLA 3: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CASE-ESSALUD.	21
TABLA 4: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CASE-ESSALUD.	22
TABLA 5: RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CASE-ESSALUD Y SU NIVEL DE ADHERENCIA A LA TERAPIA FÍSICA.	23
TABLA 6: PROCEDENCIA SEGÚN DISTRITOS DE LOS PACIENTES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CASE-ESSALUD Y SU NIVEL DE ADHERENCIA A LA TERAPIA FÍSICA.	24
TABLA 7: RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CASE-ESSALUD Y SU NIVEL DE ADHERENCIA A LA TERAPIA DE LENGUAJE.....	25
TABLA 8: RELACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA SEGÚN DISTRITOS DE LOS PACIENTES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CASE-ESSALUD Y SU NIVEL DE ADHERENCIA A LA TERAPIA DE LENGUAJE.....	27
TABLA 9: ANÁLISIS BIVARIADO ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CASE-ESSALUD Y SU NIVEL DE ADHERENCIA A LA TERAPIA FÍSICA.	28
TABLA 10: ANÁLISIS BIVARIADO ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CASE-ESSALUD Y SU NIVEL DE ADHERENCIA A LA TERAPIA DE LENGUAJE.....	29
TABLA 11: ANÁLISIS MULTIVARIADO ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES POST- ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CASE-ESSALUD Y SU NIVEL DE ADHERENCIA A LA TERAPIA FÍSICA Y DE LENGUAJE.....	30

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: A. PRINCIPALES ARTERIAS DEL CÍRCULO DE WILLIS. B. SÍNTOMAS DE ICTUS SEGÚN HEMISFERIO AFECTADO.....	7
FIGURA 2: MAPA DE LOS DISTRITOS DE AREQUIPA SEGÚN EL GRADO DE ADHERENCIA A LA TERAPIA FÍSICA DE LOS PACIENTES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CASE-ESSALUD.	25
FIGURA 3: MAPA DE LOS DISTRITOS DE AREQUIPA SEGÚN EL GRADO DE ADHERENCIA A LA TERAPIA DE LENGUAJE DE LOS PACIENTES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CASE-ESSALUD.	27



INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1	46
ANEXO 2	47



INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de discapacidad adquirida en adultos a nivel global, incluyendo el Perú. El ACV es la 2da causa de morbilidad en el mundo, siendo más prevalente el ACV isquémico (80%) sobre el hemorrágico (20%)(1). además 2/3 de los pacientes que presentaron ACV tienen alguna discapacidad que amerita rehabilitación.(2,3).

En el Perú existe un estudio que analiza 2 años de incidencia de ACV siendo los resultados predominio de casos isquémicos de 86/100 000 personas año en comparación con el hemorrágico de 12.9/100 000 personas al año y afectando principalmente a los varones(4).

La rehabilitación física es un componente esencial para la recuperación funcional, pero su efectividad depende en gran medida de la adherencia del paciente al tratamiento físico que se imparte presencialmente, lo cual se pierde si este no asiste a sus respectivas citas de rehabilitación.

El hecho de que los centros de rehabilitación de ESSALUD Arequipa fueran desplazados hacia la periferia de la ciudad, nos deja en duda si es lo mejor para pacientes con incapacidades físicas de movilización merecedores de fisioterapia como los pacientes post-ACV, siendo una de las razones por las que podría deberse la falta de adherencia al tratamiento dentro del campo de la medicina física y de rehabilitación, en este trabajo, se realizará una recolección de datos y se evaluará como se asocia el nivel de adherencia a la terapia física en medicina física y de rehabilitación con factores demográficos y epidemiológicos, en pacientes que han sufrido un ACV atendidos en ESSALUD.

Los resultados de este estudio permitirán identificar barreras específicas que afectan la continuidad del tratamiento rehabilitador en pacientes post-ACV, proporcionando información clave para mejorar las estrategias de intervención y acceso en el sistema público de salud. Este trabajo se alinea con los objetivos del programa “Rehabilitación 2030” promovido por la OMS.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1.1. Enunciado del problema:

Determinar los factores epidemiológicos y clínicos asociados al nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación en pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en ESSALUD

1.1.2. Descripción del problema:

1. Ciencias de la salud
2. Medicina humana
3. Medicina física y rehabilitación
4. Salud pública

1.1.3. VARIABLES

Tabla 1 Matriz operacional de variables

VARIABLE	INDICADORES	UNIDAD	ESCALA
FACTORES EPIDEMIOLOGICOS	ETAPAS DE VIDA	Infancia, adolescencia, juventud, adulto, adulto mayor	CUALITATIVA : nominal
	GENERO	MASCULINO FEMENINO	CUALITATIVA : nominal
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	NINGUNO PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR	CUALITATIVA : nominal
	LUGAR DE RESIDENCIA	Arequipa, Alto Selva Alegre, Cayma, Cerro Colorado, Jacobo Hunter, Otros	CUALITATIVA : nominal
	ESTADO CIVIL	CASADO SOLTERO CONVIVIENTE VIUDO	CUALITATIVA : nominal
	OCUPACION	PROFESIONAL ESTUDIANTE TRABAJO INDEPENDIENTE OTROS	CUALITATIVA : nominal
FACTORES CLINICOS	TIPO DE REHABILITACION EMPLEADA	FISCA LENGUAJE	CUALITATIVA : nominal
	TIPO DE ACV	ISQUEMICO AIT	CUALITATIVA : nominal

		HEMORRAGICO, intracerebral subaracnoidea	
	SEVERIDAD DE ACV	LEVE MODERADO SEVERO	CUALITATIVA : nominal
NIVEL ADHERENCIA POST-ACV	INDICE DE ADHERENCIA	INASISTENCIAS Y ASISTENCIAS Adherencia alta $\geq 70\%$ Adherencia baja $< 70\%$ $\left(\frac{\text{sesiones} - \text{inasistencias}}{\text{sesiones}} \times 100\right)$	CUALITATIVA : Cardinal, ordinal

1.1.4. Interrogantes del problema:

1.1.4.1. *Problema general:*

1.1.4.1.1. ¿Existe asociación entre los factores epidemiológicos y clínicos con el nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación en pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en HOSPITAL CASE ESSALUD?

1.1.4.2. *Problemas específicos:*

1.1.4.2.1. ¿Cuál la asociación de los factores epidemiológicos y el nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación física en pacientes post-ACV en HOSPITAL CASE ESSALUD?

1.1.4.2.2. ¿Cuál es la asociación entre los factores clínicos y el nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación física en pacientes post-ACV en HOSPITAL CASE ESSALUD?

1.1.4.2.3. ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación en pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE ESSALUD, Arequipa, entre enero 2023 y diciembre 2024?

1.1.5. Tipo de investigación:

1.1.5.1. aplicada, no experimental, transversal, observacional, analítica

1.1.6. Justificación del problema: Dentro de la actividad medica se encuentra una de las tareas y metas a lograr, que es la recuperación del paciente, para ello se realiza diferentes tratamientos con tiempos determinados, y la medicina física corre con la misma suerte, la rehabilitación de los pacientes es fundamental para integrarlos eficientemente en la sociedad y mejorar los estilos de vida de pacientes crónicos y agudos, sin embargo, no siempre se llega a lograr esto. La falta de adherencia es un problema que abunda en la rehabilitación, ya que los tratamientos son largos y en muchos casos dolorosos, a esto se le agrega que los pacientes tienen mucha dificultad para movilizarse a los servicios de salud para continuar con su tratamiento(5,6). Dentro de estas patologías una que abarca gran amplitud de afecciones neurológicas y motoras en diferentes partes del

cuerpo es el accidente cerebrovascular, se calcula que 2/3 de los pacientes post ACV presentan secuelas que afectan su independencia y calidad de vida(3,7). Por lo cual es importante la rehabilitación para que estos tengan una integración en la sociedad y alcanzar mayor nivel de recuperación física, cognitiva, funcional(3). Pero por ello mismo, si la adherencia es baja tendría consecuencias en la funcionalidad y la integración a la sociedad, igualmente tener en cuenta también que en el Perú del 60% de persona que presentan discapacidad post ACV solo el 20% completan los programas de rehabilitación impuestas para las mismas, y existe una clara diferencia entre la rehabilitación en zonas urbanas que en zonas rurales, donde solo el 10% de paciente acceden a rehabilitación(8). En anteriores trabajos de investigación se demostró que, dentro de pacientes con niveles socioeconómicos bajos, el factor demográfico de la vivienda del paciente es significativa, teniendo en cuenta el transporte para llegar al servicio de salud. Como en estudios realizados en Lima-Perú que demuestra la adherencia baja en función a la residencia lejana a la clínica de tratamiento, concluyendo que la adherencia si puede verse afectada por la distancia y edad de los pacientes(9). Existen diferentes factores que intervienen en la adherencia, que incluyen tanto al paciente, al centro de salud y a la enfermedad, pero la variabilidad de los resultados sobre los niveles de adherencia en cada trabajo son algo que destacar, esto se puede explicar sobre todo por las escalas aplicadas en cada uno de ellos, ya que los factores que se miden en estas son de carácter principalmente subjetivas, en base a información obtenida a instrumentos llenadas por los propios pacientes(10). En este trabajo los factores que se consideraran serán recopilados de manera retrospectiva de la historia clínica, por lo cual los resultados podrían tener menor variabilidad con respecto a estudios similares, aportando estadística nueva y correlacionable. El hecho que la OMS promueve los estudios en el campo de la rehabilitación por el programa rehabilitación 2030: un llamado a la acción. Da pie a adentrarnos en la investigación dentro la rehabilitación del país, para aumentar las fuentes de información que es escasa en el Perú(11).

2. MARCO CONCEPTUAL:

2.1. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR:

También llamado ictus, es una emergencia médica que implica una interrupción del flujo sanguíneo continuo al cerebro, normalmente se da por tres causas, la primera es que los vasos sanguíneos cerebrales se obstruyan o se estensen, es decir se hagan más estrechos, o estos estallen y se provoque un derrame cerebral. El estado de las células es crítico, algunas mueren en pocos minutos por falta de nutrientes y oxígeno, mientras otras mueren debido al sangrado, pero otras células pasan horas en riesgo y peligro(1,7). Cabe resaltar que la enfermedad cerebrovascular es un síndrome que engloba patologías circulatorias del sistema nervioso central que tienen que ver con el

desbalance del aporte y demanda de oxígeno en las células cerebrales, en cambio el ataque o accidente cerebrovascular (ACV) es parte de ella(7,12). Epidemiológicamente el ACV es la 2da causa de morbilidad en el mundo, siendo más prevalente el ACV isquémico (80%) sobre el hemorrágico (20%)(1), además 2/3 de los pacientes que presentaron ACV tienen alguna discapacidad que amerita rehabilitación(2,3)(13). La incidencia en España es de 150/100 000 persona x año donde es más frecuente el ACV hemorrágico, en Latinoamérica y el Caribe es la 3ra causa de muerte y en el país de Cuba la segunda causa de demencia aparte de ser la primera causa de discapacidad en el adulto(2). En el Perú existe un estudio que analiza 2 años de incidencia de ACV siendo los resultados predominio de casos isquémicos de 86/100 000 personas año en comparación con el hemorrágico de 12.9/100 000 personas al año y afectando principalmente a los varones(4). Existen dos tipos de accidentes cerebrovasculares, que son accidente cerebrovascular isquémico que son más prevalentes y afectan en su materia a la arteria cerebral media, y también el accidente cerebrovascular hemorrágico menos prevalente(1).

2.1.1. Síntomas de un ACV:

Existen muchos síntomas de un ACV y son variados, los síntomas neurológicos varían de acuerdo con el lugar que es afectado. Los síntomas pueden ser debilidad en miembros o parálisis o pérdida de la sensibilidad de alguna parte de la cara o el cuerpo, dolor de cabeza intenso y repentino, dificultad para hablar o entender, problemas de visión. En caso de que se dañe el tronco cerebral puede causar enclaustramiento del paciente(14). En frecuencia de síntomas tenemos: miembros inferiores (63%), miembros superiores (60%), dificultad para la articulación de las palabras (54%), debilidad facial asimétrica (50%), síncope (33%), parálisis de la conjugación de la mirada (32%), reflejos patológicos (28%), déficits sensoriales (21%), parestesias en miembros superiores (20%), alteraciones del campo visual (19%), parestesias en miembros inferiores (17%), náusea (16%), vómito (14%), parestesias faciales (9%), cefalea (7%), vértigo (7%), signos de irritación meníngea (6%), confusión (5%), ataxia (5%) y crisis convulsiva (5%)(12).

2.1.2. ACV isquémico:

Es el más frecuente, fisiopatológicamente es por una obstrucción del flujo sanguíneo lo cual disminuye el flujo sanguíneo cerebral, aproximadamente de 50 ml/100 g de tejido/min en una zona específica del cerebro, los signos y síntomas que se pueden encontrar en un paciente que ha sufrido un ACV isquémico dependen del territorio comprometido, en el caso de la ACM cuando se afectan las circunvoluciones pre o post centrales,

podrán encontrarse alteraciones motoras o sensitivas en las regiones corporales correspondientes(12).

2.1.3. Ataque isquémico transitorio (AIT):

Se trata de un ataque isquémico, pero de corta duración o transitoria, de recuperación espontánea, es causada por la interrupción momentánea del flujo sanguíneo a la parte afectada del cerebro sin llegar esta al infarto. La incidencia en Europa es de 0.5-2.4 personas por 1000 personas. En pacientes de 55 a 64 años, a medida que avanza la edad la incidencia aumenta. Los síntomas son transitorios y suelen durar como un cuadro de 24 horas y los síntomas comúnmente ser más leves, suele ser precursor de ACV isquémico pues la incidencia de este sube posterior a un AIT. También el ataque isquémico transitorio puede dejar daño cerebral permanente(15).

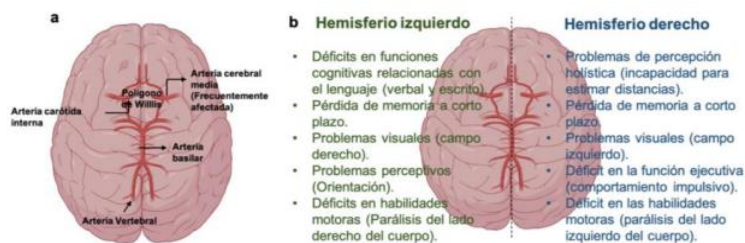


Figura 1: a. Principales arterias del círculo de Willis. b. Síntomas de ictus según hemisferio afectado.

NOTA: Estudio y utilidad clínica de los biomarcadores sanguíneos en el diagnóstico del Ataque Isquémico Transitorio(15).

2.1.4. ACV hemorrágico: Los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos son menos comunes que los isquémicos, son causadas por aneurismas o malformaciones arteriovenosas y se deben a un vaso roto intraparenquimatoso cerebral, lo que provoca que la sangre brote dentro o alrededor del cerebro, esto daña el tejido circundante. La presión que ejerce el fluido contra el cerebro produce daño considerable al tejido cerebral(1,7,14).

2.1.4.1. Hemorragia intracerebral: Siendo una de las principales causas de muerte entre los adultos en países de bajos ingresos económicos siendo que al menos el 30% de los pacientes mueren pasado el primer mes, de los sobrevivientes el 60% aproximadamente sufre un ACV recurrente, es causante de discapacidad grave, pues los sobrevivientes tienen un deterioro cognitivo de diferentes tipos, lenguaje, memoria, llegando a la demencia. El 80% de los casos de HIC son producto de enfermedad de vasos pequeños cerebrales, por arteriopatía hipertensiva o angiopatía amiloide cerebral. Este tipo de ACV está en aumento en los últimos años(16,17).

2.1.4.2. Hemorragia subaracnoidea: Con una incidencia e 10% de todas los ACV, se define como la acumulación sanguínea que se da entre las membranas cerebrales aracnoides y piamadre (espacio subaracnoideo). Una de sus principales etiologías son los traumas craneales que producen el sangrado en el espacio subaracnoideo por rotura de vasos, y entre los no traumáticos están los aneurismas (85%), ya sea por aumento de los factores de riesgo o por antecedente familiar o edad avanzada, estos aumentan el riesgo de rotura del aneurisma. La aparición de los síntomas es de aparición abrupta y suele ser instantánea grave y generalizada. El 10% de los pacientes presentan discapacidad moderada a grave(18).

2.1.5. ESCALAS DE EVALUACION DE GRAVEDAD:

2.1.5.1. Escala NIHSS: Es una escala que facilita la comunicación y podría identificar el lugar de del evento trombótico para dar diferentes tratamientos, está recomendada como IB por la AHA.(19). Evalúa la gravedad neurológica del ACV con diferentes puntos, nivel de conciencia, mirada conjugada, campo visual, parálisis facial, miembros superiores, miembros inferiores, ataxia en miembros, función sensitiva, el lenguaje, disartrias, extinción e inatención.

Tabla 2: Valores de la escala NIHSS asociados la severidad

SEVERIDAD	VALOR NIHSS
LEVE	1-4.
MODERADO	5-14.
GRAVE	15 a más.

2.2. **MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION:** La medicina física y de rehabilitación es la especialidad médica que a través de la rehabilitación como herramienta general para pacientes con discapacidad logren un funcionamiento e interacción optimo con su entorno(20). Para lograr este objetivo al MFR diagnostica, evalúa el funcionamiento de los pacientes en relación de las afecciones en su salud y su entorno, y realiza y/o prescribe un tratamiento de intervenciones biomédicas y tecnológicas, siendo un tratamiento de carácter multidisciplinario si amerita el caso el cual lidera(20,21). Medios físicos: generalmente dentro de la medicina física y rehabilitación se pueden aplicar agentes o medios físicos que se usa en diferentes sesiones de la rehabilitación, para reducir la inflamación el dolor y las restricciones de movimiento, estos incluyen el calor frio agua presión sonido radiación electromagnética y corrientes eléctricas(22).

2.2.1. Rehabilitación: El enfoque de la rehabilitación es mejorar la vida de las personas con una afección de salud ya sea aguda o crónica, optimizar la

capacidad intrínseca de las personas y fortalecer sus recursos psicológicos, integración u optimización del paciente con su entorno(21). La OMS también fortalece e incita a mejorar la rehabilitación en los sistemas de salud pública, fortaleciendo la rehabilitación en los primeros niveles de salud, incitando la investigación y mejorando los accesos a centro capacitados(11).

2.2.2. Generalidades de la Rehabilitación y terapia física: Dentro de la fisioterapia encontramos a la definición EN 1987 por la WCPT y la Asociación Española de Fisioterapeutas: "el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, a través de la aplicación de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de Salud"(23). La fisioterapia se divide en ramas focalizadas de forma nominal en: neuro funcional, oncológica, respiratoria, traumatológica o cardiovascular(24):

2.2.2.1. Rehabilitación respiratoria o pulmonar: Tiene como objetivo reducir los niveles de morbilidad y mejorar el funcionamiento de pacientes con problemas pulmonares crónicos, el tratamiento empieza poco después de una hospitalización, los ejercicios físicos mantienen y mejoran la funcionalidad de los pacientes(25,26).

2.2.2.2. Rehabilitación neuro funcional: Engloba la fisioterapia de neurológica, daño cerebral, lesiones del sistema nervioso o neurodegenerativas. Siendo su objetivo restaurar, minimizar o compensar en la mayor medida posible los déficits funcionales en personas con discapacidad severa secundaria a lesiones del sistema nervioso central(27).

2.2.2.3. Rehabilitación oncológica: También conocida como rehabilitación del cáncer, es un programa de atención médica de apoyo diseñado para ayudar a las personas con cáncer a mantener o recuperar sus funciones, reducir los síntomas y mejorar su calidad de vida durante y después del tratamiento. Aborda las discapacidades físicas, cognitivas y emocionales causadas por el cáncer en sí o su tratamiento(28,29).

2.2.2.4. Rehabilitación traumatológica: Es la rehabilitación después de una lesión traumática en el proceso de recuperación de la funcionalidad del/los miembros afectados, incluyendo la evaluación y el establecimiento de objetivos, los planes y programas de rehabilitación. Se enfoca en restaurar movilidad fuerza, resistencia e independencia(30,31).

2.2.2.5. Rehabilitación cardiovascular: Programa interprofesional que se centra en el entrenamiento físico supervisado, la modificación de los factores de riesgo cardiovascular y el apoyo psicosocial para personas que se recuperan de enfermedades cardiovasculares. Se emplea ejercicios físicos, técnicas respiratorias y educación para pacientes con enfermedades cardiovasculares o factores de riesgo(32,33).

2.2.3. REHABILITACION EN EL ACV: El tiempo de la rehabilitación tras un ataque post ACV es controversial, pero hay evidencia que el pronto inicio es beneficioso, iniciar tan pronto como sea posible. Un estudio encontró que los

pacientes que comenzaron su rehabilitación en los primeros 3 días posteriores al ataque redujeron la discapacidad en 15,3%(34).

- 2.2.3.1. Etapa aguda, intrahospitalaria: Después de las 24h después de iniciado el evento, una vez que se logra la estabilidad clínica (hemodinámica y sistémica) del paciente, se realizan las evaluaciones correspondientes y se enfoca en prevenir lesiones cutáneas y complicaciones respiratorias educara para evitar conductas viciosas, se realiza movilizaciones asistidas para el paciente, se realiza también la enseñanza de transferencia y auto movilización, evaluación de disfagia y revenir la dieta del paciente(3).
- 2.2.3.2. Etapa subaguda y crónica, post hospitalaria: Se realizan en centro de rehabilitación especializados si lo amerita o en terapia ambulatoria o visita domiciliaria, se trabaja sobre la rehabilitación motora de miembros superiores e inferiores que mejoran la estabilidad equilibrio movimiento voluntario, etc. El proceso de rehabilitación es un proceso dinámico que debe ser reevaluado cada 30 días periódicamente, para enfocar la rehabilitación a la evolución del paciente en el tiempo(35).
- 2.2.3.3. Tipos de rehabilitación que se administran:
 - 2.2.3.3.1. *Rehabilitación motora en ACV*: Los trastornos de la marcha son comunes en el post-ACV, por lo que se realizan ejercicios de trasferencia , ponerse de pie subirse a la silla entre otros de manera repetitiva e intensa, para la recuperación de los miembros inferiores y la marcha, también se realiza la rehabilitación de miembros superiores que ayuda a la interacción del paciente con su entorno día a día con ejercicios de repetición de la vida cotidiana, también se entrena la fuera del paciente, rehabilitación de la espasticidad y rehabilitación de la taxia y balance(35,36).
 - 2.2.3.3.2. *Rehabilitación de la Disfagia y nutrición*: Se presenta de forma frecuente en etapas tempranas post-ACV “(42-67%) dentro de los primeros 3 días del ACV”, esto puede provocar la neumonía por aspiración o desnutrición deshidratación, de acuerdo con la evaluación inicial y el grado de la disfagia se realizan medidas para su alimentación, se realizas ejercicios de deglución para su mejoramiento que puede durar meses en recuperarse en su totalidad(3,35,37).
 - 2.2.3.3.3. *Rehabilitación cognitiva*: Los pacientes post ACV tiene mayor riesgo a desarrollar deterior cognitivo de forma progresiva y se llega a la demencia vascular, por ello enfocarnos en su correcta rehabilitación, se realiza rehabilitación de memoria de atención de lenguaje y comunicación, a través de fisioterapeutas del lenguaje o logopedas, para ello se emplea terapias musicales y de imágenes con la tecnología asistida.
 - 2.2.3.3.4. *Rehabilitación visual*: Entre el 20% y el 57% de los pacientes presentan dificultades visuales post ACV la rehabilitación se basa

en que mediante ayudas ópticas potenciar el campo visual del paciente.

2.3. LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: La adherencia al tratamiento es un hito importante de la recuperación de los pacientes, no solo es el debido cumplimiento de las indicaciones médicas, sino también a la falta de integración del paciente a su tratamiento y se llega a la conclusión que es multifactorial, siendo más de 200 variables para tener en cuenta que puedan afectar proceso del tratamiento, siendo u pronóstico de éxito o de resultados desfavorables(6).

Según la OMS la adherencia terapéutica es: “el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”(38). La adherencia incluye comportamientos como la asistencia a las citas clínicas, el grado en que los pacientes siguen el tratamiento prescrito y la comunicación con su profesional de la salud sobre su recuperación(25). La medida o métodos de medir la adherencia terapéutica son pocos y se basan en cuestionarios de uso periódico para ver la variabilidad de la adherencia, no existe un método óptimo para medir la adherencia(10,39). Índice de adherencia: el índice de adherencia es una manera de medir cuantitativamente la adherencia con base a las sesiones de asistencia a las terapias parte de la rehabilitación del paciente.(40,41) Existen factores que afectan en la adherencia al tratamiento en los pacientes, se cuentan aproximadamente 200 en total, de los cuales en la terapia física se engloban en 5 grandes grupos de factores. Socioeconómicos, relacionados al tratamiento, relacionados al paciente, relacionados a la enfermedad, y equipo de asistencia sanitaria terapéutica y estrategias(6,39).

2.3.1. Los factores económicos: Los factores socioeconómicos son las causas que incluyen, el acceso al centro de salud analfabetismo, las creencias de las personas como parte de su cultura y procedencia, por supuesto también es parte el poder adquisitivo del paciente(6,42). Existen también estudios donde refieren que los parámetros socioculturales afectan en la adherencia siendo los lugares urbanizados de mayor nivel de adherencia que los lugares rurales(10,43).

2.3.1.1. Nivel de educación: En revisiones sistemáticas que informaron la dirección del efecto, la educación mostró una influencia positiva en la adherencia, siendo mayor en casos de pacientes con nivel de educación superior(44).

2.3.1.2. La distancia a la clínica: Influenciado también de forma socioeconómica por gastos de movilidad, y tiempo se sabe que es un factor importante que baja la adherencia en los pacientes en comparación de lugares más cercanos(9).

2.3.2. Factores Relacionados con a la enfermedad: Se basa en la discapacidad que pueda presentar el paciente de acuerdo con la cual se da diferentes terapias,

también problemas que conlleven la enfermedad tal como la poca movilidad del paciente para trasportarse, y la gravedad de la dificultad(10).

2.3.3. Factores asociados al tratamiento: Se relaciona a la duración del tratamiento el fracaso anterior o la reinserción al tratamiento, cambios frecuentes del mismo(6,43,45).

2.3.4. Factores relacionados con el paciente: en estos factores no encontramos: sexo, edad, nivel de actividad física, falta de apoyo familiar.

2.3.4.1. Apoyo familiar: en casos de rehabilitación física y en casos de gravedad especialmente es importante el apoyo familiar, siendo esta la causada en falta a la adherencia(46).

2.3.5. Factores relacionados con el sistema de salud: se refiere a el paciente con desconfianza hacia el profesional de la salud, afectando su relación médico-paciente, puede afectar la falta de calidad eficiencia y desarrollo de la instalación medica conocimiento sobre la enfermedad del paciente y se mide subjetivamente(43,45).

Otros estudios factores asociados con la adherencia: pero basados y especializados en fisioterapia donde los dividió en 2 categorías para su clasificación(47):

2.3.6. Factores relacionados con las características del paciente: que son más objetivos, como factores epidemiológicos y en segundo lugar factores de la enfermedad del paciente.

2.3.7. Factores relacionados con el contexto clínico y su valoración: relacionados con su entorno asistencial fisioterapéutico, al estilo de practica fisioterapéutica, a los efectos percibidos del comportamiento terapéutico y valoración de la experiencia del contexto clínico(47).

2.4. **INDICE DE ADHERENCIA:** índice que tomamos en cuenta para medir la adherencia al tratamiento mediante la asistencia a las sesiones de terapia física del paciente. Teniendo en cuenta las sesiones totales prescritas al paciente menos las inasistencias y estas divididas entre el total de sesiones, para darnos el porcentaje de asistencias(48).

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A NIVEL INTERNACIONAL:

3.1.1. AUTOR: Salazar Lengua C, Barrios García C, García Gutiérrez L, Jaimes Fernández D.

TITULO: Adherencia terapéutica y factores relacionados a un grupo de pacientes sometidos a intervenciones de un proceso de rehabilitación

RESUMEN: Donde se expresa que conocer la adherencia terapéutica y los factores relacionados a esta, es conseguir información necesaria para mejorar la adherencia. Sus objetivos son Describir la adherencia terapéutica y los factores relacionados a esta en los pacientes admitidos al Proceso Interdisciplinario de Rehabilitación de la Clínica Universidad de La Sabana de Chía (Colombia). Con un método observacional descriptivo se recolectaron datos entre enero del 2021 y marzo del 2023. Como resultado se halló 352

participantes con una edad mediana de 24,5 años, con un adherencia de(93,75%) y análisis multivariado mostró que para el grupo de adultos la variable relacionada con la adherencia fue la procedencia urbana (OR: 15,411, IC95%: 1,632-145,482; $p=0,017$) y para el de menores de edad mostró que la alternancia de múltiples cuidadores (OR: 0,035, IC95%: 0,003-0,415; $p=0,008$) o un cuidador definido que no participa en el tratamiento (OR: 0,008, IC95%: 0,0002-0,278; $p=0,007$) tenían asociación con la no adherencia. Conclusión. El estudio mostró alta adherencia, se relación con la intervención de los cuidadores y su compromiso(10).

3.1.2. AUTOR: Bahar Shahidi ,Jennifer Padwal,Euyhyun Lee,Ronghui Xu,Sarah Northway,Lissa Taitano,Tiffany Wu,Kamshad Raiszadeh

TITULO: Factors impacting adherence to an exercise-based physical therapy program for individuals with low back pain.

RESUMEN: Este estudio con objetivo de encontrar los predictores de la falta de adherencia y las razones por las que los pacientes dejan la terapia, a través de un estudio observacional retrospectivo. De 2243 pacientes 43% cumplió el programa, 31,7 no lo completo, debido a problemas logístico y accesibilidad, 13.2% de paciente mejoro significativamente y les dieron de alta. Se concluyo que este estudio fue retrospectivo y faltaron datos para algunas variables. Se concluyo que la mayoría de los pacientes no cumplen el programa, y que la accesibilidad es un predictor importante(41).

3.1.3. AUTOR: Yinan Wu, Panicha Ponpinij, Pornpat Hengudomsu

TITULO: actors Influencing Adherence to Physical Exercise Rehabilitation during the First Three Months Post-Stroke among Adults with First-Onset Stroke

RESUMEN: este estudio tuvo como objetivo identificar los factores predictivos que influyen en la adherencia a la rehabilitación física de adultos post ictus, durante 3 meses, método destriptivo trasversal, evaluaron 137 adultos de los cuales la puntuación media de adherencia a la rehabilitación con ejercicio físico fue de 39,58 (desviación estándar = 6,71), lo que indica un nivel de adherencia moderado (70,6%). En el modelo 1, el sexo masculino ($\beta = 0,20$; $p = 0,017$) y la duración del ictus de 2 meses ($\beta = 0,31$; $p = 0,015$) y 3 meses ($\beta = 0,39$; $p = 0,002$) fueron predictores significativos de la adherencia a la rehabilitación con ejercicio físico. La incorporación de los principales predictores en el modelo 2 resultó en un aumento significativo de la varianza explicada ($\Delta R^2 = 0,418$, $p < 0,001$), lo que representa el 51,5 % de la varianza total ($R^2 = 0,515$, R^2 ajustado = 0,484). El sexo masculino ($\beta = 0,15$, $p = 0,017$), el apoyo familiar ($\beta = 0,43$, $p < 0,001$), la autoeficacia ($\beta = 0,26$, $p < 0,001$), la depresión ($\beta = -0,24$, $p = 0,001$) y el afrontamiento de la transición de roles ($\beta = 0,16$, $p = 0,033$) fueron predictores significativos. Y se concluye que los esfuerzos para promover la adherencia a la rehabilitación mediante ejercicio físico deben priorizar el apoyo familiar, los síntomas depresivos, la autoeficacia y el afrontamiento de la transición de roles. Además, la imagen

corporal puede ser un factor que considerar al desarrollar estrategias de intervención específicas para cada sexo(49).

3.2. A NIVEL NACIONAL:

3.2.1. AUTOR: Manco Guzmán, Olga Joselín, Marchan Carrillo, Sheyla Kiara
TITULO: Factores asociados a mal pronóstico en la rehabilitación del adulto mayor post accidente cerebrovascular en el Hospital Nivel II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador – EsSalud, 2018

RESUMEN: El trabajo de investigación tiene por objetivo Determinar los factores asociados a mal pronóstico en la rehabilitación del adulto mayor post accidente cerebrovascular en el Hospital Nivel II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador – EsSalud durante el año 2018. Con un método analítico, transversal de análisis multivariado con una ficha de recolección de datos en 80 pacientes, las cuales fueron analizadas mediante la prueba estadística Chi cuadrado y Regresión logística binaria los resultados fueron que 72,5% de pacientes tuvieron una edad entre los 60 y 80 años, el 56,3% fueron masculinos y presentaron con HTA y polifarmacia. tipo de ACV, el 86,3% fueron isquémicos de los cuales el 61,3% afectaron el hemisferio izquierdo el 93,8% contaban con un apoyo social, realizaron sus rehabilitaciones un promedio de 8,16 veces y el 56,3% no presentó un evento adverso al ingreso. Se concluyó que los factores asociados al mal pronóstico en la rehabilitación post ACV fueron: la afectación del hemisferio izquierdo y el número de sesiones de rehabilitación(50).

3.2.2. AUTOR: Moya Nolli, Carmen Rosa.

TITULO: Factores intrínsecos y extrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica de los pacientes del departamento de la unidad motora y dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima, 2019

RESUMEN: El propósito del estudio fue analizar la relación entre los factores intrínsecos y extrínsecos y el nivel de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor del Instituto Nacional de Rehabilitación durante el año 2019. El estudio siguió un enfoque hipotético-deductivo y se trabajó con una muestra de 110 pacientes. Las dimensiones evaluadas incluyeron factores intrínsecos, factores extrínsecos, asistencia a las sesiones programadas y cumplimiento del régimen de rehabilitación.

Entre los principales hallazgos se observó que el grupo etario predominante correspondió a pacientes entre 60 y 69 años (26,4%). Asimismo, el 78% de los participantes mostró adherencia al tratamiento, mientras que el 22% no la presentó. En cuanto al sexo, se evidenció una mayor adherencia en mujeres (49%) en comparación con los hombres (29%). Del mismo modo, los pacientes entre 50 y 69 años registraron los mayores niveles de adherencia (40%).

En conclusión, según la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson, se obtuvo un valor de $p=0,001$, inferior al nivel de significancia establecido

($\alpha=0,05$), lo cual confirma la existencia de una relación significativa entre los factores intrínsecos y extrínsecos y la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor del Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima, en el año 2019(51).

3.2.3. AUTOR: Moya Nolli, Carmen Rosana, Gordillo Sotomayor, Flor de María, Santiago Bazán, Cristhian.

TITULO: Factores en la adherencia del tratamiento fisioterapéutico en un instituto nacional de rehabilitación.

RESUMEN: presentó como objetivo el determinar los factores en la adherencia del tratamiento fisioterapéutico en un instituto de rehabilitación peruano. Este estudio fue descriptivo-correlacional de corte transversal realizado en una muestra de 110 a los cuales se les impartió una encuesta para ver qué factores afectan la adherencia. Como resultados encontramos que el 49,1 % son mujeres y son adherentes al tratamiento fisioterapéutico. Como conclusión: La adherencia al tratamiento no tiene que ver solo con el fisioterapeuta, sino también con cualquier otro profesional; entendiendo el compromiso real, sincero y honesto del paciente, y considerando los consejos del fisioterapeuta(52).

3.3. A NIVEL LOCAL:

3.3.1. AUTOR: Chambi Junior, del Castillo Solano.

TITULO: Relación entre la determinación de factores de adherencia y la adherencia a la terapia de Medicina Física y Rehabilitación en pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - diciembre 2024 - febrero 2025

RESUMEN El estudio analiza la adherencia a la terapia de Medicina Física y Rehabilitación, fundamental para mejorar la funcionalidad y prevenir complicaciones en pacientes con secuelas de enfermedades. Su importancia es mayor en adultos mayores y personas con enfermedades no transmisibles, especialmente en contextos con limitaciones socioeconómicas como el Perú. El objetivo fue determinar la relación entre los factores asociados a la adherencia y el cumplimiento de la terapia en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HRHDE durante enero de 2025. Se realizó un estudio observacional, correlacional y transversal con 140 pacientes, utilizando el instrumento SMAN y análisis estadístico mediante chi-cuadrado y correlación de Spearman en SPSS.

Los resultados evidenciaron que los factores relacionados con la discapacidad, el paciente y el equipo de salud influyen favorablemente en la adherencia. La mayoría de los pacientes presentó índices altos de cumplimiento, con predominio de niveles elevados de adherencia. Además, se encontró asociación significativa entre el grado de instrucción y la adherencia ($p=0,000$).

En conclusión, existe relación entre los factores de adherencia y el cumplimiento de la terapia de rehabilitación, destacando un predominio de niveles altos de adherencia en los pacientes evaluados(48).

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVOS PRINCIPAL:

- 4.1.1. Determinar la asociación entre los factores Epidemiológicos y Clínicos con el nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación en pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en Hospital Nacional CASE ESSALUD, Arequipa, entre 2023 y diciembre 2024.

4.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

- 4.2.1. Determinar la asociación de los factores epidemiológicos y el nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación en pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en Hospital Nacional CASE ESSALUD, Arequipa, entre enero 2023 y diciembre 2024.
- 4.2.2. Determinar la asociación factores clínicos y el nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación en pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en Hospital Nacional CASE ESSALUD, Arequipa, entre enero 2023 y diciembre 2024.
- 4.2.3. Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación en pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE ESSALUD, Arequipa, entre enero 2023 y diciembre 2024.

5. HIPOTESIS:

- 5.1. Sí existe asociación entre los factores epidemiológicos y clínicos y el nivel de adherencia a la terapia en medicina física y rehabilitación en pacientes post-accidente cerebro vascular atendidos en HNCASE ESSALUD, Arequipa enero 2023 a diciembre 2024.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICAS INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION

1.1. **TECNICA:** revisión de historias clínicas.

1.2. **PRUEBA ESTADISTICA:** CHI cuadrado, regresión logística Todos los análisis se realizaron con el software Stata, versión 15 (StataCorp, College Station, TX, EE. UU.).

1.3. Instrumentos: Ficha de recolección de datos.

1.4. Materiales de verificación: Historias clínicas, Matriz de consistencia de datos, Ficha de recolección de datos, Ordenador con programas de procesamiento de datos, base de datos y estadísticos

2. CAMPO DE VERIFICACION DE DATOS:

2.1. **UBICACIÓN ESPECIAL:** Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HOSPITAL

2.2. **UBICACIÓN TEMPORAL:** El presente estudio fue realizado entre el periodo de abril 2025 a febrero del año 2026

2.3. UNIDAD DE ESTUDIO:

2.3.1. Población: Todo paciente que acuda al HOSPITAL HNCASE ESSALUD

2.3.2. Muestra: Todo paciente que acuda al servicio de Medicina Física y Rehabilitación de ESSALUD

2.3.3. Muestreo: Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia en el que se incluirá a todos los pacientes post-ACV que acudan al servicio de Medicina Física y de Rehabilitación del hospital Nacional CASE ESSALUD para terapia física.

2.4. CRITERIOS DE SELECCION:

2.4.1. CRITERIOS DE INCLUSION:

2.4.1.1. Pacientes post ACV que estén inscritos en el programa de terapia física y rehabilitación del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del hospital Nacional CASE ESSALUD de enero 2023 a diciembre 2024.

2.4.1.2. Pacientes de cualquier rango de edad, género o condición física.

2.4.1.3. Pacientes que cuenten con historia clínica completa

2.4.1.4. Pacientes que residan en la provincial de Arequipa

2.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

2.4.2.1. Pacientes con datos erróneos, ilegibles y/o incompletos dentro de la historia clínica.

2.4.2.2. Pacientes fallecidos en medio del tratamiento

2.4.2.3. Pacientes que no residan en Arequipa

2.4.2.4. Pacientes que fueron trasladadas de establecimiento

2.5. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

2.5.1. ORGANIZACION: Se coordinará con la dirección del centro de rehabilitación ESSALUD para permitirnos realizar la investigación; se coordinará también con el jefe del departamento de Medicina Física y de Rehabilitación para poder llevar a cabo la recolección de datos en el servicio.

2.5.2. RECURSOS:

2.5.2.1. RECURSOS HUMANOS: El investigador: Álvaro Cucchi Quispe

- 2.5.2.2. RECURSOS MATERIALES: esta investigación, contara con una laptop, ficha de recolección de datos, Excel 2016
- 2.5.2.3. RECURSOS ECONOMICOS: Autofinanciado por el investigador
- 2.5.3. CRITERIOS ETICOS: Este trabajo de investigación se presentará a el comité de institucional de ética en investigación de ESSALUD de la red Arequipa y no ha recibido financiamiento de entidades comerciales.
- 2.5.4. CRITERIOS DE PARA EL MANEJO DE RESULTADOS: Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva: las variables categóricas se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas (n y %), mientras que las variables cuantitativas se describieron con media y desviación estándar. Para explorar la asociación entre variables categóricas se utilizó la prueba de chi-cuadrado (χ^2). Posteriormente, para identificar los factores asociados a los desenlaces de interés se calcularon los Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza al 95% (IC 95%) mediante regresión logística. En el modelo multivariado se incluyeron únicamente las variables que mostraron significancia estadística en el análisis bivariado. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como criterio de significación estadística. Todos los análisis se realizaron con el software Stata.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

RESULTADOS

Se recolectaron datos de 112 pacientes, cuya edad promedio fue de 69.9 (DE: 15.1) años, destacando una marcada prevalencia de adultos mayores (67.9%). En cuanto al perfil epidemiológicos, se observó una distribución equitativa por sexo, con una ligera mayoría de hombres (54.5%), y predominó el estado civil casado (54.5%). Respecto al nivel educativo, casi la mitad de la muestra alcanzó el grado de instrucción superior (48.2%). Territorialmente, los pacientes procedieron principalmente de los distritos de Arequipa (19.6%), Paucarpata (17.9%) y Cerro Colorado (12.5%). Finalmente, en el ámbito laboral, se encontró una distribución balanceada entre aquellos con empleo o trabajadores independientes (50.9%) y quienes no presentaban ocupación actual (49.1%) (**Tabla 3**).

Tabla 3: Características epidemiológicas de los pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE-ESSALUD.

	N	%
Sexo		
Femenino	51	45.5
Masculino	61	54.5
Edad (Media y DE)	69.9	15.1
Estado civil		
Casado	61	54.5
Conviviente	3	2.7
Divorciado	2	1.8
Soltero	37	33
Viudo	9	8
Grado de instrucción		
Primaria	6	5.4
Secundaria	32	28.6
Superior	54	48.2
Distrito		
Arequipa	22	19.6
Paucarpata	20	17.9
Cerro Colorado	14	12.5
Mariano Melgar	10	8.9
J.L.B y R.	9	8
Otros	37	33.1
Etapas de vida		
Infancia	1	0.9
Juventud	2	1.8
Adulthood	33	29.5
Adultos mayores	76	67.9
Ocupación		
Empleado/Independiente	57	50.9
Sin ocupación	55	49.1

En relación con las características clínicas, el 75.9% presentó un accidente cerebrovascular (ACV) de tipo isquémico, seguido por el hemorrágico intracerebral (17.9%). Respecto a la severidad del evento, se observó una distribución equitativa entre los grados leve y moderado (28.6% cada uno), mientras que un 14.3% de la muestra fue intervenido quirúrgicamente. En cuanto al manejo terapéutico, la gran mayoría de los pacientes (93.7%) inició rehabilitación física, y un 61.6% recibió terapia de lenguaje. Finalmente, al evaluar la evolución clínica, se identificó una alta tasa de abandono del tratamiento (65.2%), mientras que solo el 17% de los pacientes logró el alta médica y un 11.6% permanecía en terapia activa al cierre del estudio. Además, la mayoría (65.0 %) comenzó la terapia en menos de 6 meses desde el episodio del ACV (**Tabla 4**).

Tabla 4: Características clínicas de los pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE-ESSALUD.

	N	%
Tipo de ACV		
AIT	2	1.8
Hemorrágico intracerebral	20	17.9
Hemorrágico subaracnoideo	5	4.5
Isquémico	85	75.9
Severidad		
NA	20	17.9
Leve	32	28.6
Moderado	32	28.6
Severo	12	10.7
Operado	16	14.3
Rehabilitación física		
No	7	6.3
Sí	105	93.7
Rehabilitación de lenguaje		
No	43	38.9
Sí	69	61.6
Evolución		
Abandono de tratamiento	73	65.2
Continúa tratamiento	13	11.6
Alta médica	19	17
Fallecimiento	7	6.2
Tiempo hasta antes de inicio de terapia		
0 a 6 meses	67	65.0
7 a 24 meses	18	17.5
Más de 24 meses	18	17.5

Respecto al cumplimiento del esquema terapéutico, se identificó que 44 pacientes (41.9%) presentaron una buena adherencia a la terapia física, mientras que la mayoría de la muestra (58.1%) mostró falta de adherencia. Al analizar la relación entre las características de los sujetos y este desenlace mediante la prueba Chi-cuadrado, se hallaron asociaciones estadísticamente significativas con el estado civil ($p=0.048$) y la severidad del evento ($p=0.043$). En el primer caso, los pacientes sin pareja reportaron una adherencia superior (51.1%) frente a quienes tenían pareja (35.0%); asimismo, aquellos con afectación moderada (51.7%) y severa (50.0%) cumplieron mejor el tratamiento en comparación con los casos leves (25.0%)

Tabla 5: Relación entre las características de los pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE-ESSALUD y su nivel de adherencia a la terapia física.

		No 61 (58.1)	Sí 44 (41.9)	chi ²	p
Factores epidemiológicos					
Sexo					
	Femenino	25 (50.0)	25 (50.0)	2.5695	0.109
	Masculino	36 (65.5)	19 (34.5)		
Estado civil					
	Sin pareja	22 (48.9)	23 (51.1)	2.9417	0.048
	Con pareja	39 (65.0)	21 (35.0)		
Grado de instrucción					
	Básica	18 (50.0)	18 (50.0)	1.5770	0.209
	Superior	33 (63.5)	19 (36.5)		
Etapa de vida					
	No adulto mayor	21 (58.3)	15 (41.7)	0.0013	0.972
	Adulto mayor	40 (58.0)	29 (42.0)		
Distrito					
	Cercano al hospital	20 (71.4)	8 (28.6)	2.7882	0.095
	Lejano al hospital	41 (53.3)	36 (46.7)		
Ocupación					
	Empleado/Independiente	30 (57.7)	22 (42.3)	0.0069	0.934
	Sin ocupación	31 (58.5)	22 (41.5)		
Factores clínicos					
Tipo de ACV					
	Hemorrágico	16 (64.0)	9 (36.0)	0.5365	0.464
	Isquémico	44 (55.7)	35 (44.3)		
Severidad					
	Leve	21 (75.0)	7 (25.0)	4.7640	0.043
	Moderado	14 (48.3)	5 (51.7)		
	Severo	6 (50.0)	6 (50.0)		
Severidad					
	No cirugía	41 (59.4)	28 (40.6)	0.4760	0.490
	Cirugía	11 (68.8)	5 (31.2)		

Tiempo hasta antes de inicio de terapia					
0 a 6 meses	39 (60.9)	25 (39.1)	0.7203	0.698	
7 a 24 meses	13 (56.5)	10 (43.8)			
Más de 24 meses	9 (50.0)	9 (50.0)			

Al analizar la adherencia a la terapia física según la procedencia de los distritos, se observó una notable heterogeneidad entre los distritos de la provincia de Arequipa. Los niveles más altos de cumplimiento terapéutico se registraron en Cayma y Alto Selva Alegre, donde la adherencia superó el 70%, seguidos por Cerro Colorado con un 63.6% de pacientes adherentes. En una posición intermedia se ubicó Paucarpata, con una tasa de éxito del 45%. Por el contrario, en el cercado de Arequipa y en Mariano Melgar, la adherencia fue considerablemente menor, situándose cerca del 31%, lo que refleja que más de dos tercios de sus pacientes no completaron el tratamiento. Finalmente, los distritos de Socabaya y Yanahuara presentaron los resultados más críticos, con niveles de cumplimiento inferiores al 17%, mientras que, en zonas como Miraflores, Jacobo Hunter y José Luis Bustamante y Rivero, la falta de adherencia predominó en más del 60% de los casos evaluados (**Tabla 6, Figura 2**).

Tabla 6: Procedencia según distritos de los pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE-ESSALUD y su nivel de adherencia a la terapia física.

Nivel de Adherencia	Distritos Incluidos	Pacientes (n)	Adherencia (media %)
Alta (>60%)	Tiabaya, Alto Selva Alegre, Cayma y Cerro Colorado	23	69.6%
Media (40% - 60%)	Jacobo Hunter y Paucarpata	22	45.5%
Baja (20% - 39%)	Arequipa (Cercado), Mariano Melgar y Miraflores	36	30.6%
Muy Baja (<20%)	Yanahuara, José Luis Bustamante y Rivero, Socabaya, Sabandía, Characato, Santa Rita de Sigvas y Yarabamba	24	12.5%

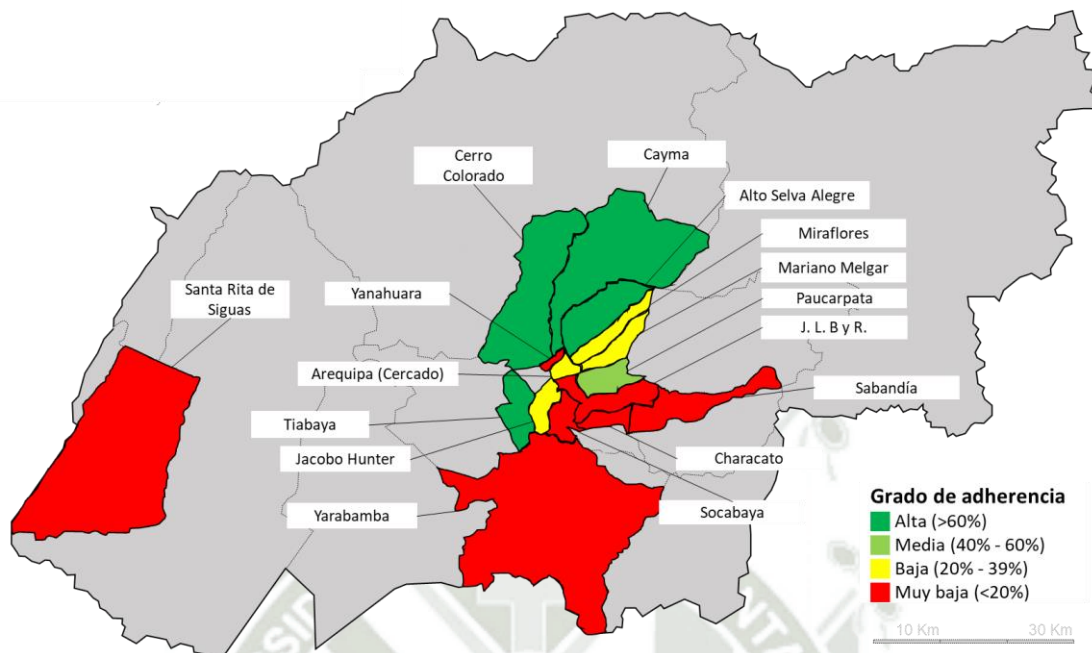


Figura 2: Mapa de los distritos de Arequipa según el grado de adherencia a la terapia física de los pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE-ESSALUD.

Respecto a la terapia del lenguaje, se identificó que 27 pacientes (39.1%) presentaron una buena adherencia, mientras que la mayoría (60.9%) no cumplió con el esquema terapéutico. Se halló una relación estadísticamente significativa con la ocupación del paciente ($p=0.047$), observándose que aquellos sin ocupación actual mostraron una mayor adherencia (51.8%) en comparación con los trabajadores empleados o independientes (30.9%). Asimismo, el antecedente de cirugía resultó ser un factor determinante ($p=0.021$); es notable que el 100% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente no mostró adherencia a esta terapia específica, a diferencia del grupo no operado, donde el 42.3% sí fue adherente (Tabla 7).

Tabla 7: Relación entre las características de los pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE-ESSALUD y su nivel de adherencia a la terapia de lenguaje.

	No 42 (60.9)	Sí 27 (39.1)	chi ²	p
Factores epidemiológicos				
Sexo				
Femenino	21 (65.6)	11 (34.4)	0.5666	0.452
Masculino	21 (56.8)	16 (43.2)		
Estado civil				
Sin pareja	19 (57.6)	14 (42.4)	0.2881	0.591
Con pareja	23 (63.9)	13 (36.1)		
Grado de instrucción				
Básica	15 (57.7)	11 (42.3)	0.0700	0.791

Etapa de vida	Superior	20 (60.6)	13 (39.4)		
	No adulto mayor	16 (59.3)	11 (40.7)	0.0483	0.826
Distrito	Adulto mayor	26 (61.9)	16 (38.1)		
	Cercano al hospital	12 (60.0)	8 (40.0)	0.0089	0.925
Ocupación	Lejano al hospital	30 (61.2)	19 (38.8)		
	Empleado/Independiente	29 (69.1)	13 (30.9)	3.0138	0.047
	Sin ocupación	13 (48.2)	14 (51.8)		
Factores clínicos					
Tipo de ACV					
Severidad	Hemorrágico	12 (80.0)	3 (20.0)	2.7098	0.100
	Isquémico	30 (46.6)	23 (43.4)		
Severidad	Leve	11 (57.9)	8 (42.1)	0.0626	0.969
	Moderado	13 (59.1)	9 (40.9)		
	Severo	6 (54.5)	5 (40.5)		
Severidad	No cirugía	30 (57.7)	22 (42.3)	5.3441	0.021
	Cirugía	8 (100.0)	0 (0.0)		
Tiempo hasta antes de inicio de terapia					
	0 a 6 meses	30 (63.8)	17 (36.2)	0.6514	0.722
	7 a 24 meses	8 (57.1)	6 (42.9)		
	Más de 24 meses	4 (50.0)	4 (50.0)		

En el caso de la procedencia del distrito, reveló un patrón de cumplimiento diferenciado. El grupo de Alta Adherencia, conformado por Miraflores, Cayma y Alto Selva Alegre, alcanzó una tasa de éxito del 71.4%, consolidándose como las zonas con mejor respuesta al tratamiento. Por el contrario, los distritos agrupados en el nivel de Muy Baja Adherencia, que incluyen a Mariano Melgar, Socabaya y Yanahuara, presentaron resultados críticos con apenas un 10.5% de pacientes adherentes. Finalmente, en el Cercado de Arequipa, se observó una adherencia del 28.6%, cifra que refuerza la tendencia de que la cercanía al centro hospitalario no asegura la continuidad en esta terapia especializada (**Tabla 8** y **Figura 3**).

Tabla 8: Relación entre la procedencia según distritos de los pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE-ESSALUD y su nivel de adherencia a la terapia de lenguaje.

Nivel de Adherencia	Distritos Incluidos	Pacientes (n)	Adherencia (media %)
Alta (>60%)	Miraflores, Cayma y Alto Selva Alegre	14	71.4%
Media (40% - 60%)	Cerro Colorado, Paucarpata y Tiabaya	18	50.0%
Baja (20% - 39%)	Arequipa (Cercado) y José Luis Bustamante y Rivero	18	27.7%
Muy Baja (<20%)	Yanahuara, Mariano Melgar, Socabaya, Sabandía, Characato y Santa Rita de Siguas	19	10.5%

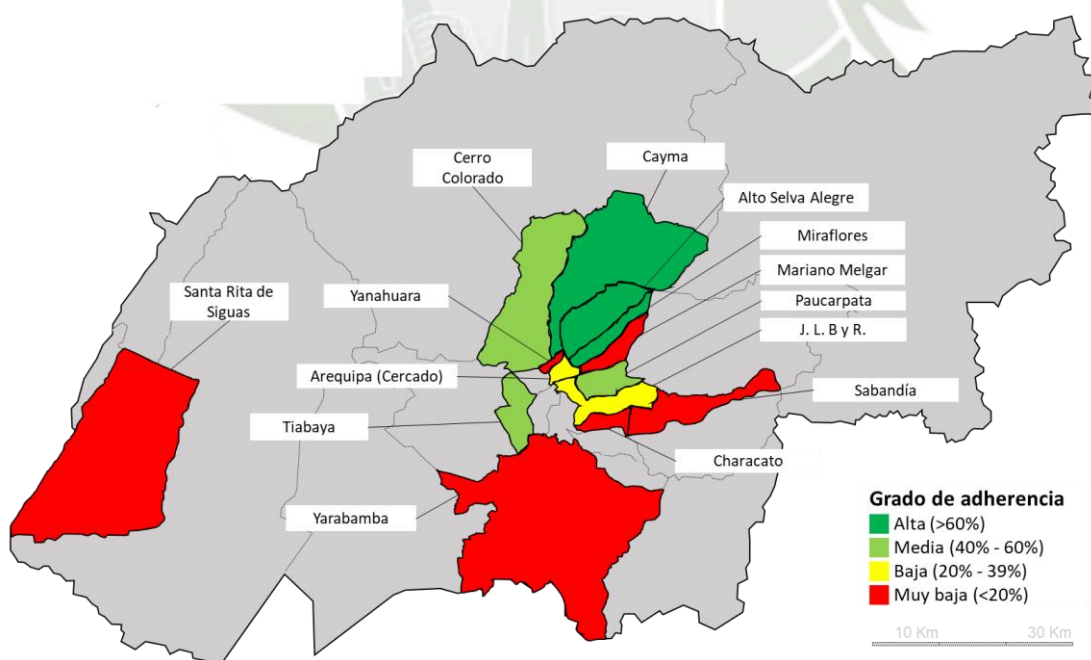


Figura 3: Mapa de los distritos de Arequipa según el grado de adherencia a la terapia de lenguaje de los pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE-ESSALUD.

Al realizar el análisis bivariado para identificar los factores asociados a la adherencia en terapia física, se determinó que el estado civil y la severidad moderada actúan como variables influyentes. Los pacientes con pareja presentaron un OR de 0.51 (IC 95%: 0.23-0.98; $p=0.048$), lo que sugiere una reducción del 49% en la oportunidad de adherencia en comparación con quienes no tienen pareja. Respecto a los factores clínicos, la severidad moderada incrementó significativamente la probabilidad de cumplimiento terapéutico con un OR de 2.07 (IC 95%: 1.01-4.32; $p=0.049$) tomando como referencia los casos leves (**Tabla 9**).

Tabla 9: Análisis bivariado entre las características de los pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE-ESSALUD y su nivel de adherencia a la terapia física.

		OR	IC 95%	p
Factores epidemiológicos				
Sexo	Femenino	ref.	ref.	0.111
	Masculino	0.52	0.24-1.16	
Estado civil	Sin pareja	ref.	ref.	0.048
	Con pareja	0.51	0.23-0.98	
Grado de instrucción	Básica	ref.	ref.	0.935
	Superior	0.99	0.99-1.01	
Etapa de vida	No adulto mayor	ref.	ref.	0.972
	Adulto mayor	1.02	0.45-2.30	
Distrito	Cercano al hospital	ref.	ref.	0.158
	Lejano al hospital	1.05	0.98-1.15	
Ocupación	Empleado/Independiente	ref.	ref.	0.934
	Sin ocupación	0.97	0.45-2.10	
Factores clínicos				
Tipo de ACV	Hemorrágico	ref.	ref.	0.465
	Isquémico	1.19	0.74-1.89	
Severidad	Leve	ref.	ref.	0.049
	Moderado	2.07	1.01-4.32	
	Severo	2.00	0.84-4.73	
Severidad	No cirugía	ref.	ref.	0.514
	Cirugía	0.77	0.35-1.69	
Tiempo hasta antes de inicio de terapia	0 a 6 meses	ref.	ref.	0.708
	7 a 24 meses	1.11	0.64-1.95	

Más de 24 meses 1.28 0.73-2.23 0.385

En cuanto a la adherencia a la terapia de lenguaje, se identificó que la ocupación del paciente y el antecedente de cirugía son los principales factores asociados. Los pacientes sin ocupación actual presentaron una probabilidad de adherencia 2.40 veces mayor en comparación con los trabajadores empleados o independientes (OR: 2.40; IC 95%: 1.00-6.52; $p=0.051$), situándose en el límite de la significancia estadística. Por otro lado, la intervención quirúrgica mostró una asociación robusta con un OR de 1.73 (IC 95%: 1.40-2.14; $p=0.024$), lo que indica una probabilidad significativamente superior de cumplimiento terapéutico en este grupo (**Tabla 10**).

Tabla 10: Análisis bivariado entre las características de los pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE-ESSALUD y su nivel de adherencia a la terapia de lenguaje.

	OR	IC 95%	p
Factores epidemiológicos			
Sexo			
Femenino	ref.	ref.	
Masculino	1.45	0.55	3.870
Estado civil			
Sin pareja	ref.	ref.	
Con pareja	0.77	0.29-2.02	0.592
Grado de instrucción			
Básica	ref.	ref.	
Superior	0.99	0.98-1.00	0.523
Etapa de vida			
No adulto mayor	ref.	ref.	
Adulto mayor	0.9	0.33-2.40	0.826
Distrito			
Cercano al hospital	ref.	ref.	
Lejano al hospital	1.03	0.94-1.11	0.549
Ocupación			
Empleado/Independiente	ref.	ref.	
Sin ocupación	2.40	1.00-6.52	0.051
Factores clínicos			
Tipo de ACV			
Hemorrágico	ref.	ref.	
Isquémico	1.75	0.88-3.49	0.111
Severidad			
Leve	ref.	ref.	
Moderado	0.97	0.47-2.03	0.939
Severo	1.08	0.46-2.50	0.859
Severidad			
No cirugía	ref.	ref.	
Cirugía	1.73	1.40-2.14	0.024
Tiempo hasta antes de inicio de terapia			

0 a 6 meses	ref.	ref.	
7 a 24 meses	1.18	0.58-2.43	0.644
Más de 24 meses	1.38	0.62-3.06	0.425

Finalmente, en el análisis multivariado se observó que, para la terapia física, tras ajustar por las variables de confusión, la severidad moderada se mantuvo como el único factor determinante significativo, incrementando la probabilidad de adherencia en un 103% (OR: 2.03; IC 95%: 1.01-4.20; $p=0.049$) en comparación con los casos leves; por el contrario, el estado civil con pareja perdió su significancia estadística inicial ($p=0.195$). En cuanto a la terapia de lenguaje, el análisis multivariado reveló que la ausencia de ocupación laboral mostró una tendencia hacia la asociación, aunque sin alcanzar la significancia convencional (OR: 1.77; IC 95%: 0.94-3.35; $p=0.078$). Cabe destacar que el antecedente de cirugía persistió como un predictor negativo extremo y altamente significativo ($p<0.001$), aunque debido a la ausencia de casos adherentes en este grupo (celda cero), su magnitud no pudo ser expresada mediante un intervalo de confianza finito, confirmando su rol crítico en la falta de adherencia a la rehabilitación del lenguaje (**Tabla 11**).

Tabla 11: Análisis multivariado entre las características de los pacientes post-accidente cerebrovascular atendidos en el Hospital Nacional CASE-ESSALUD y su nivel de adherencia a la terapia física y de lenguaje.

	OR	IC 95%	p
Adherencia a terapia física			
Estado civil			
Sin pareja	ref.	ref.	
Con pareja	0.69	0.40-1.20	0.195
Severidad			
Leve	ref.	ref.	
Moderado	2.03	1.01-4.20	0.049
Severo	2.2	0.86-5.67	0.099
Adherencia a terapia de lenguaje			
Ocupación			
Empleado/Independiente	ref.	ref.	
Sin ocupación	1.77	0.94-3.35	0.078
Severidad			
No cirugía	ref.	ref.	
Cirugía	<0.01	NA	<0.001

DISCUSIÓN

Tras concluir con los resultados de la investigación presente, podemos analizar los mismo para inferir si los objetivos e hipótesis son correctos y según lo estimado.

Los resultados muestran una variable de adherencia al tratamiento con el índice de adherencia al 70% siendo o mayor para alcanzar una buena adherencia y si fuera menor a ella pacientes faltos de buena adherencia, pues adherencia inadecuada. Entre los pacientes que fueron evaluados se encontró que el 41,9% de paciente se encontraron con un índice de adherencia mayor al 70% siendo una buena adherencia menor a la mitad de los pacientes, está siendo evaluados en un periodo de 2 años entre pacientes con un numero de sesiones muy variables entre ellos.

En trabajos parecidos se encuentra que la tener un límite en el 70% a 75% para identificar la buena adherencia con diferentes sistemas de recolección de datos, en un estudio encontramos un promedio de 35% de buena adherencia en lo que se refiere terapia de ejercicios físicos post ACV que se mide a través de una encuesta baja consentimiento informado en Nigeria.(53). Otro trabajo mide la adherencia de ejercicios físicos entre 1 a 3 meses post ACV, encontrando una buena adherencia de 75% con resultados de buena adherencia de 70% aproximadamente y estos lo relaciona con los factores epidemiológicos(49), mostrándonos que en si varía dependiendo del método y el tiempo usado. Tener en cuenta también que se prescribió el alta médica solo al 17 % de pacientes, y que el 11% permaneció en terapia posterior a 2 años de tratamiento, pero, 65% que es la mayoría no se presentó hasta tal punto, variando en los niveles de adherencias. Esto se debe que en la mayoría de los pacientes dejaban de asistir en cuanto sentían una mejoría, faltando a su último control o por los últimos. Se encontró también que la mayoría de los pacientes asistían a rehabilitación de terapia física pasado los 2 a 3 meses posterior al ACV. Siendo que entre 0 a 6 meses asistieron el 65% de ellos, esto se debe a sistema de ESSALUD en el sistema de referencias de establecimiento al cual pertenece el paciente a el centro de rehabilitación del hospital Nacional CASE, de los que, pasado 6 meses, son de 18% y pasado los 17.5% son también 17.5%. por diferentes motivos, de los cuales están los reingresos por aumento de dificultades físicas de los pacientes.

De los tipos de ACV encontrados en este estudio encontramos que de tipo isquémico resultaron 75.9% y hemorrágico el 17.9% de los pacientes siendo esto concorde la literatura, como se refieren en la mayoría de ellas de ser 80% y 20 % para ambos, incluyendo en cada una el TIA y la subaracnoidea que cuenta con un 4.5% (4,18).

Encontramos también que tras no contar directamente con un solo lugar de internamiento para los pacientes muchos datos fueron tratados, por diferentes entidades de la salud, siendo los 2 lugares más comunes que estén a cargo de neurología o de neurocirugía, por ello mismo se implementó dentro de la variable severidad, agregar el rubro de operado, dentro de los pacientes de neurocirugía. De los cuales 14.3% de la muestra se sometió a cirugía,

Se encontró significancia estadística de OR de 2.07 (IC 95%: 1.01-4.32; $p=0.049$) para los casos de severidad, con mejor adherencia en pacientes con mayor severidad entre los de moderada y severa en comparación con respecto a los de severidad leve, esto se debe a que dado a que los pacientes post ACV leves, al sentir una recuperación más rápida, no ver una discapacidad grave toman su tratamiento de forma ligera y no asisten consistentemente a sus citas, aparte de faltar antes del alta y abandonar el tratamiento. A diferencia del estudio de Adekola et al. Que menciona que a más dependencia por lo tanto más severidad, menos adherencia se encuentra entre los pacientes(53).

La edad promedio de la población es en sí de promedio fue de 69.9 (DE: 15.1) años, destacando una marcada prevalencia de adultos mayores (67.9%). Siendo compatible con la teoría y que se menciona también con estudios antes evaluados, donde se encuentran en rehabilitación post ACV personas con un promedio de edad 60años(49,53). Esto se debe en si a los factores de riesgo asociados al ACV que aumento en consideración con la edad y enfermedades concomitantes por ello interpolando el porcentaje a la rehabilitación física es parecida y esperable.

La proporción entre pacientes varones y mujeres también en si es sabido que suele ser mayor en pacientes varones en el trabajo expuesto se encontró una prevalencia de varones de 54,5% en concordancia con estudios anteriores y la teoría expuesta. También se encontró que pacientes post ACV que acuden a su terapia en su mayoría son casados con un porcentaje de 54.5%. Nos muestra que la adherencia en pacientes sin pareja es mayor en sí. Siendo significativo estadísticamente con OR de 0.51 (IC 95%: 0.23-0.98; $p=0.048$), esto podría deberse a que en sentido de tener pareja conlleva una carga familiar económica y emocional, dado menos tiempo al paciente por su salud, aunque en el análisis multivariado esta significancia desaparece, en contraste a otros estudios donde se demostró que la actitud de los cuidadores son determinantes en el nivel de adherencia, donde cuando los cuidadores no demostraron interés pues baja el nivel de adherencia tanto en menos con múltiples cuidadores o adultos.

Se ha encontrado que el nivel educativo superior es el predominante ,con un 48.2% esto en si se debe a la muestra donde se basó este trabajo que son personas que cuentan con seguro de trabajo en su mayoría y cuentan con un nivel socioeconómico más estable y elevado en comparación con las personas que cuentan con el seguro integral de salud (SIS), a la vez estas personas que son titulares del seguro cubren con el mismo a sus progenitores o tras jubilarse pueden contar aun con el seguro en cuestión, siendo así que en la ocupación encontramos que pacientes empelados o que cuentan con trabajo independientes (50.9%)son mínimamente mayores que los que no cuentan con un trabajo o en todo caso se jubilaron (49.1%), esto se debe a que la mayoría de los pacientes entran en la categoría de adultos mayores(67.9%), y en esta población en nuestro país no se considera una población efectiva dentro de la economía del país, sino más bien su porcentaje de trabajadores es poco... según el INEI 2021 la PEA en mayores de 65 años es de 9.8% y en edades de 50 a 60 años es de 17%.(4,54).

Encontramos que la locación donde viven los pacientes con contraposición con el establecimiento, que está ubicado en Zamacola (Cerro Colorado), es una variable a destacar con respecto al nivel de adherencia a la terapia física, agrupando pacientes de los diferentes distritos según su nivel de adherencia encontramos para la terapia física encontramos que Tiabaya, Alto Selva Alegre, Cayma y Cerro Colorado, son los distritos que más personas asisten a sus terapias teniendo una adherencia media de 69.6% estos son distritos cercanos al establecimiento de salud donde se realizó este trabajo, Jacobo Hunter, Paucarpata, encontramos que son relativamente afines a asistir a las terapias con una adherencias promedio de 40% a 60%, teniendo como media de adherencia entre ambos de 45.5%; Arequipa, Mariano Melgar y Miraflores son distritos con un promedio de adherencia del 20% al 39%, y su media es de 30.6%, entre los distritos que tuvieron muy baja adherencia al tratamiento, se encontrarían Yanahuara, JLByR, Socabaya, Sabandia, Characato, Santa Rita de Siguas y Yarabamba, que cuentan con una media de adherencia de 12,5%. Entre los distritos con mayor adherencia al tratamiento, encontramos que alto selva alegre, Cayma y Cerro Colorado son los más cercanos al centro de salud, y Tiabaya relativamente cercanos, siendo estos de accesibilidad simple y factible, encontramos también que Jacobo hunter y Paucarpata están más alejados que y va disminuyendo la adherencia la tratamiento mientras se aleja, siendo la excepción el distrito de Yanahuara, que debería ser un distrito de alta adherencia por la cercanía al centro de salud, esto se debe en si por la existencia de pacientes q cuentan con su propio sistema y local de referencia para rehabilitación del Hospital de Yanahuara, siendo así que se comparten pacientes y solo llegan al HNCASE algunos de ellos, de los cuales al recibir citas para terapia física, cuentan con 2 regímenes en diversos casos observados por el investigador, aparte que hace que disminuya la adherencia al tratamiento. Esta variable aun que no tenga significancia estadística, en lo que se divide en cercanos y lejanos de centro de salud, podemos apreciar que cuenta con un $P= 0.095$ con una tendencia a ser significativo, siendo tal vez si aumentamos la muestra, se pueda demostrar que es una variable que afecta la adherencia terapéutica en la terapia física. Que es concorde con los estudios, Bahar Shahidi et. Al. Donde se encuentra una significancia estadística con la accesibilidad geográfica al establecimiento en relación con la adherencia al tratamiento de terapia física en general, entre otros donde se aprecia que es un factor determinante(41).

En lo que respecta a la terapia de lenguaje se mostró que la adherencia adecuada a la terapia fue de 39.1% y se encontró que hay significancia estadística con la variable de pacientes operados OR de 1.73 (IC 95%: 1.40-2.14; $p=0.024$), ya que se asocia con mala adherencia con pacientes operados, siendo que todos los pacientes que estaban post-operados por ACV no alcanzaron a una buena adherencia a la terapia de lenguaje. No se encontró estudios que mencionen un cuadro parecido, se menciona que la adherencia al tratamiento de la terapia de lenguaje se ve afectada por el nivel de educación y las limitaciones tecnológicas y económicas del paciente(55), también se encontró una relevancia estadística en pacientes que tiene ocupación (OR: 2.40; IC 95%: 1.00-6.52; $p=0.051$), en caso de que pacientes que no cuentan con empleos actuales, siendo de entre ellos jubilados presentan adherencia al tratamiento más adecuada de un (51.8%), en si se debe a la disponibilidad de los pacientes frente a su terapia, al no tener una responsabilidad como un empleo al cual ir.

Podemos suponer que tras el análisis multivariado la variable de estado civil, que se agrupo en pacientes con pareja y sin la misma, puede llegar a ser un variable de confusión o estar relacionado a otra variable, que sería la variable de severidad. La razón de la relación entre estas 2 variables se puede explicar por la presencia de un familiar cuidador, o la misma pareja que puede desempeñar este papel, ya que nos dio de resultado que las personas con grado de severidad leve y secuelas post-ACV leves y por tanto no siendo completamente necesario un cuidador para su mejoría. presentan poca adherencia al tratamiento de terapia física, en cambio en los casos de severidad moderada y severidad grave, con más tendencia a mejor adherencia al tratamiento, si precisan de un cuidador dado la severidad de las lesiones seculares del ACV, siendo esto conforme a los estudios antes mencionados.



CONCLUSIONES

Primero.

Se concluye que existen asociación directa y significativa a la adherencia la terapia física en pacientes post-accidente cerebro vascular del Hospital Nacional CASE ESSALUD, siendo la severidad del ACV significativamente estadísticas, las demás variables no presentaron significancia estadística.

Segundo.

Se concluyó que los factores epidemiológicos no mostro una asociación significativa con respecto a la terapia física en pacientes post-ACV. Pero factores como, la distancia de los distritos de procedencia de los pacientes con respecto al centro de salud mostro una tendencia a influir en la adherencia a la terapia, observando que a mayor distancia del establecimiento de salud, menor es la adherencia al tratamiento, aunque no fue estadísticamente significativo. Y el estado civil de los pacientes mostró asociación significativa con la adherencia al tratamiento de rehabilitación en el análisis bivariado; no obstante, esta variable perdió significancia estadística en el análisis multivariado. Por tanto, no fue estadísticamente significativo.

Tercero.

Se concluye que los factores clínicos si presentaron asociación directa y significativa con el nivel de adherencia a la terapia física. Entre los factores evaluados, la severidad del cuadro clínico mostró asociación significativa con la adherencia al tratamiento. Mostrando que en pacientes con nivel de severidad leve están asociados significativamente con la baja adherencia. Mientras q el factor de severidad moderada es principal factor asociado a mayor adherencia a la terapia física. También se determinó que los pacientes operados muestran baja adherencia a la terapia de lenguaje. Siendo la cirugía un predictor negativo extremo.

Cuarto.

Se determinó que la adherencia al tratamiento de terapia física fue ligeramente mayor en comparación con la terapia del lenguaje, no obstante, esta diferencia no fue significativamente estadística, en general la adherencia adecuada a la terapia física en pacientes post-accidente cerebrovascular fue baja, alcanzando solo el 41,9% de la muestra.

RECOMENDACIONES

Primero.

Se recomienda a la Gerencia del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional CASE ESSALUD implementar estrategias educativas dirigidas a los pacientes y sus familiares, orientadas a reforzar la importancia de completar el tratamiento de rehabilitación. Asimismo, implementar programas de seguimiento mediante llamadas telefónicas o estrategias de telesalud para reducir el abandono terapéutico.

Segundo.

Se recomienda a la gerencia del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional CASE y YANAHUARA fortalecer la coordinación entre centros de rehabilitación para evitar la fragmentación del tratamiento. Asimismo, considerar la implementación de centros de rehabilitación con mayor accesibilidad geográfica para los pacientes del territorio de Arequipa.

Tercero.

Se recomienda a futuros investigadores emplear análisis multivariados, como la regresión logística, que permitan controlar variables de confusión y establecer con mayor precisión la asociación entre los factores epidemiológicos y clínicos estudiados y el nivel de adherencia al tratamiento de rehabilitación.

Cuarto.

Se recomienda a futuros investigadores y a instituciones académicas realizar estudios prospectivos con mayor tamaño muestral que permitan profundizar en la evaluación de los factores epidemiológicos, clínicos y geográficos asociados a la adherencia al tratamiento de rehabilitación en pacientes post-accidente cerebrovascular.

i. Cronograma:

<i>ACTIVIDADES/MESES</i>	<i>Abr-25</i>		<i>May-25</i>		<i>Jun-25</i>		<i>Jul-25</i>		<i>Ago-25</i>		<i>Nov-25</i>	<i>Ene-26</i>	<i>Feb-26</i>	<i>Mar-26</i>
	2	15	23	30	5	15		23	31	5	15	23	5	20
<i>PLANIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN</i>														
Rastreo fundamento teórico														
Elaboración de protocolo de investigación														
Validación de protocolo de investigación														
Diseño de instrumentos														
Gestión de cartas de autorización														
<i>TRABAJO DE CAMPO</i>														
Aprobación e la autorización														
Recopilacion de datos														
<i>PRESENTACION DE LA INVESTIGACIÓN</i>														
Analisis de datos														
Formulación de conclusiones														
Presentación de tesis														
Sustentación de tesis														

ii. Referencias Bibliográficas.

1. Accidente cerebrovascular - ¿Qué es un accidente cerebrovascular? | NHLBI, NIH [Internet]. [citado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/accidente-cerebrovascular>
2. De F, De C, Salud LA, De Graduación P. Rehabilitación virtual en pacientes post accidente cerebrovascular en la recuperación del área motora y cognitiva [Internet]. Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC; 2023 [citado el 9 de junio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unitec.edu/xmlui/handle/123456789/10645>
3. Sánchez H. Rehabilitación post-ACV. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes [Internet]. el 30 de agosto de 2023 [citado el 9 de junio de 2025];57(3Sup):24–5. Disponible en: <https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/684>
4. Bernabé-Ortiz A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A, Carrillo-Larco RM. Tasa de incidencia del accidente cerebrovascular en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2021 [citado el 9 de junio de 2025];38(3):399–405. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342021000300399&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. World Health Organization. Adherence to long-term therapies : evidence for action. World Health Organization. (2003). 2003.
6. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM, Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles [Internet]. 2018 [citado el 15 de abril de 2025];16(3):226–32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Martínez NMS, Mosquera IEL, Moreira KMS, Casquete KKC. Evento Cerebrovascular Isquémico vs Hemorrágico. RECIMUNDO [Internet]. el 22 de diciembre de 2019 [citado el 9 de junio de 2025];3(4):177–93. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/658>
8. Acurio Ortiz Fernando Lizarraga Luyo K. La importancia de la rehabilitación en el Accidente Cerebrovascular en el Perú. Interciencia Médica. 2021;11(4):69–70.
9. Coello-Talavera D, Rojas-Motta N, Mayta-Tristán P. Falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos musculoesqueléticos en una clínica docente en Lima, Perú. Fisioterapia. el 1 de julio de 2016;38(4):182–8.
10. Salazar Lengua CE, Barrios García CC, García Gutierrez LM, Jaimes Fernández DA. Adherencia terapéutica y factores relacionados a un grupo de pacientes

- sometidos a intervenciones de un proceso de rehabilitación. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*. el 29 de mayo de 2024;34(1).
11. Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization “Rehabilitation 2030: A call for action”. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. el 1 de abril de 2017 [citado el 23 de abril de 2025];53(2):155–68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28382807/>
 12. Vista de Accidente cerebrovascular isquémico de la arteria cerebral media | *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía* [Internet]. [citado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1104/1867>
 13. Accidente Cerebrovascular: Esperanza en la Investigación (Stroke HTR) | National Institute of Neurological Disorders and Stroke [Internet]. [citado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ninds.nih.gov/publications/accidente-cerebrovascular-esperanza-en-la-investigacion-stroke-htr>
 14. Accidente Cerebrovascular: Esperanza en la Investigación (Stroke HTR) | National Institute of Neurological Disorders and Stroke [Internet]. [citado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ninds.nih.gov/publications/accidente-cerebrovascular-esperanza-en-la-investigacion-stroke-htr>
 15. Montaner J. Estudio y utilidad clínica de los biomarcadores sanguíneos en el diagnóstico del Ataque Isquémico Transitorio. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa) [Internet]. el 5 de noviembre de 2024 [citado el 28 de julio de 2025]; Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/693103>
 16. Puy L, Boe NJ, Maillard M, Kuchcinski G, Cordonnier C. Recent and future advances in intracerebral hemorrhage. *J Neurol Sci* [Internet]. el 15 de diciembre de 2024 [citado el 31 de julio de 2025];467:123329. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.ucsm.edu.pe/science/article/pii/S0022510X24004659>
 17. Sheth KN, Anderson CD, Biffi A, Dlamini N, Falcone GJ, Fox CK, et al. Maximizing Brain Health after Hemorrhagic Stroke: Bugher Foundation Centers of Excellence. *Stroke* [Internet]. el 1 de marzo de 2022 [citado el 31 de julio de 2025];29(2):1020–9. Disponible en: [/doi/pdf/10.1161/STROKEAHA.121.036197?download=true](https://doi/pdf/10.1161/STROKEAHA.121.036197?download=true)
 18. Ziu E, Suheb MZK, Mesfin FB. Subarachnoid Hemorrhage. *StatPearls* [Internet]. el 1 de junio de 2023 [citado el 28 de julio de 2025]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441958/>
 19. Aponte-Caballero R, Sierra-Peña JA, Abaunza-Camacho JF, Riveros-Castillo WM, Saavedra JM. Cauda equina malignant peripheral nerve sheath tumor presenting with subarachnoid hemorrhage: a case report. *Neurocirugía* [Internet]. el 1 de marzo de

- 2025 [citado el 31 de julio de 2025];36(2):129–34. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.ucsm.edu.pe/science/article/abs/pii/S1130147324000940>
20. Waili G, Amuti S. Influence of humanized nursing on patients with intracranial aneurysm subarachnoid hemorrhage undergoing interventional embolization. *Heliyon* [Internet]. el 1 de marzo de 2023 [citado el 31 de julio de 2025];9(3):e14311. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.ucsm.edu.pe/science/article/pii/S2405844023015189>
 21. Ruales Silva DM, Vega Villota A. Relación entre la escala de déficit neurológico NIHSS con el uso de tratamiento fibrinolítico en pacientes con diagnóstico de evento cerebro vascular isquémico que acudieron a la emergencia del Hospital Carlos Andrade Marin en el año 2019 [Internet]. [Ecuador]: PUCE; 2020 [citado el 31 de julio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/29271>
 22. Gutenbrunner C, Ward AB, Nugraha B. 3.1 Physical and Rehabilitation Medicine: Clinical Scope – Definition and Basic Competencies. *Journal of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine* [Internet]. 2019;2(Suppl 1). Disponible en: https://journals.lww.com/jisprm/fulltext/2019/02001/3_1_physical_and_rehabilitation_medicine__clinical.9.aspx
 23. Stucki G, Bickenbach J. 1.1 Basic Concepts, Definitions and Models. *J Int Soc Phys Rehabil Med* [Internet]. junio de 2019 [citado el 20 de abril de 2025];2(Suppl 1):S8–12. Disponible en: https://journals.lww.com/jisprm/fulltext/2019/02001/1_1_basic_concepts,_definitions_and_models.5.aspx
 24. Barger S, Pellicciari L, Gallo C, Rossetini G, Castellini G, Gianola S. What is the landscape of evidence about the safety of physical agents used in physical medicine and rehabilitation? A scoping review. *BMJ Open* [Internet]. el 1 de junio de 2023 [citado el 23 de abril de 2025];13(6):e068134. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/13/6/e068134>
 25. Ripoll Ocete M, NPunto. EFICACIA DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN FISIOTERAPIA PARA EL MANEJO DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO NO ESPECÍFICO EN ADULTOS. EFICACIA DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN FISIOTERAPIA PARA EL MANEJO DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO NO ESPECÍFICO EN ADULTOS. el 5 de octubre de 2020;0(0):1–0.
 26. Fuente-Vidal A, Montoro-Castelló D, Jerez-Roig J. Conocimiento previo sobre fisioterapia de estudiantes de nuevo ingreso y comparación entre españoles y franceses: estudio observacional de base poblacional en Cataluña. *Fisioterapia* [Internet]. el 1 de marzo de 2023 [citado el 18 de mayo de 2025];45(2):99–106.

Disponible en:

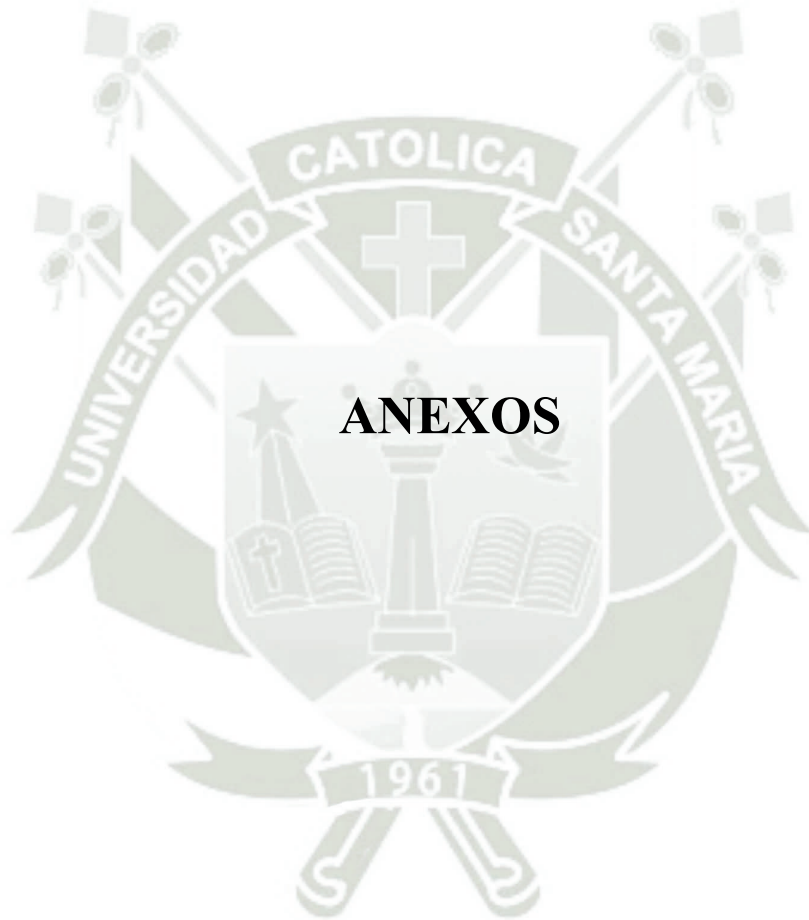
<https://sciencedirect.pucp.elogim.com/science/article/pii/S0211563822000669>

27. Ricke E, Bakker EW. Development and Validation of a Multivariable Exercise Adherence Prediction Model for Patients with COPD: A Prospective Cohort Study. *International Journal of COPD* [Internet]. 2023;18:385–98. Disponible en: <https://scopus.pucp.elogim.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85151109414&doi=10.2147%2fCOPD.S401023&partnerID=40&md5=a71b3d80b61d2e368b3ae5c5f316385c>
28. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, Zu Wallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American thoracic society/European respiratory society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. el 15 de octubre de 2013 [citado el 25 de abril de 2025];188(8). Disponible en: [/doi/pdf/10.1164/rccm.201309-1634ST?download=true](https://doi/pdf/10.1164/rccm.201309-1634ST?download=true)
29. Pimentel-Ponce M, Romero-Galisteo RP, Palomo-Carrión R, Pinero-Pinto E, Antonio Merchán-Baeza J, Ruiz-Muñoz M, et al. Gamification and neurological motor rehabilitation in children and adolescents: a systematic review. *Neurología (English Edition)*. enero de 2024;39(1):63–83.
30. Chowdhury RA, Brennan FP, Gardiner MD. Cancer Rehabilitation and Palliative Care—Exploring the Synergies. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. el 1 de diciembre de 2020 [citado el 24 de mayo de 2025];60(6):1239. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7406418/>
31. Mayer RS, Engle J. Rehabilitation of Individuals With Cancer. *Ann Rehabil Med* [Internet]. 2022 [citado el 24 de mayo de 2025];46(2):60. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9081390/>
32. Rehabilitación de Traumas | Diagnóstico y Tratamiento ACTUAL: Medicina Física y Rehabilitación | AccessMedicine | McGraw Hill Medical [Internet]. [citado el 24 de mayo de 2025]. Disponible en: https://accessmedicine-mhmedical-com.translate.goog/content.aspx?bookid=1180§ionid=70382060&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge
33. National Institute for Health and Care Excellence. Rehabilitation after traumatic injury. *Rehabilitation after traumatic injury, NICE guideline* [Internet]. el 18 de enero de 2022 [citado el 24 de mayo de 2025];(January 2022):1–135. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579697/>
34. Tessler J, Ahmed I, Bordoni B. Cardiac Rehabilitation. *StatPearls* [Internet]. el 28 de marzo de 2025 [citado el 24 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537196/>

35. What is Cardiac Rehabilitation? | American Heart Association [Internet]. 2024 [citado el 24 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/cardiac-rehab/what-is-cardiac-rehabilitation>
36. Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní C, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Médica Peruana [Internet]. el 31 de marzo de 2020 [citado el 9 de junio de 2025];37(1):54–73. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000100054&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Alessandro Lucas OLE. Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular [Internet]. 2020 [citado el 9 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802020000100008&script=sci_arttext&tlng=en
38. Del Aprendizaje Motor P, Revisión Sobre Sus Aplicaciones en la Rehabilitación Del Accidente Cerebrovascular U, Sánchez-Silverio V, Abuín-Porras V, Rodríguez-Costa I. Principios del aprendizaje motor: una revisión sobre sus aplicaciones en la rehabilitación del accidente cerebrovascular. Revista Ecuatoriana de Neurología [Internet]. 2020 [citado el 9 de junio de 2025];29(3):84–91. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812020000300084&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. Sánchez-Sánchez E, Orúe I, Antonio Guerra J, Ana Estornell M, Barragán B, Blanco M, et al. Efectividad de una intervención de m-Health, basado en la rehabilitación y plan de nutrición personalizado, en la recuperación y mejora de la disfagia en pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular. Paraninfo Digital [Internet]. el 22 de diciembre de 2023 [citado el 9 de junio de 2025];77(4):e37009o–e37009o. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e37009o/e37009o>
40. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland: World Health Organisation. 2003;
41. Moya Nollí CR, Gordillo Sotomayor F de M, Santiago Bazán C. Factores en la adherencia del tratamiento fisioterapéutico en un instituto nacional de rehabilitación. Revista Médica Basadrina [Internet]. el 4 de octubre de 2022;16(2):21–30. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1551>
42. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria [Internet]. el 1 de junio de 2009 [citado el 24 de abril de 2025];41(6):342–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>

43. Shahidi B, Padwal J, Lee E, Xu R, Northway S, Taitano L, et al. Factors impacting adherence to an exercise-based physical therapy program for individuals with low back pain. PLoS One [Internet]. el 1 de octubre de 2022 [citado el 20 de abril de 2025];17(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36264988/>
44. Ferro García R, García Ríos MC, Vives Montero MC. Un análisis de la adherencia al tratamiento en fisioterapia. Fisioterapia [Internet]. 2004;26(6):333–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-un-analisis-adherencia-al-tratamiento-S021156380473120X>
45. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharmaceutica (Internet) [Internet]. el 20 de diciembre de 2018 [citado el 24 de mayo de 2025];59(4):251–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251&lng=es&nrm=iso&tlng=es
46. Mathes T, Jaschinski T, Pieper D. Adherence influencing factors - a systematic review of systematic reviews. Archives of Public Health [Internet]. el 27 de octubre de 2014 [citado el 24 de mayo de 2025];72(1):1–9. Disponible en: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/2049-3258-72-37>
47. Marcela L, Urrego T. Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico: una revisión del tema. [Internet]. 2013 [citado el 24 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10946/1379>
48. Arce J, Nétani Z, Sosa P, Aldahir A, Meza Koc :, Enrique S, et al. El papel de la familia en el proceso de la rehabilitación del paciente [Internet]. Vol. 15, ET VITA. 2022 [citado el 24 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://revistas.upt.edu.pe/ojs/index.php/etvita/article/view/651>
49. Carvajal Rodríguez E, Díaz Afonso N. Factores de la adherencia en tratamientos a largo plazo en fisioterapia y métodos de estudio: una revisión bibliográfica. 2022 [citado el 24 de mayo de 2025]; Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/27134>
50. Chambi R, Junior R, Del Castillo Solórzano D. Relación entre la determinación de factores de adherencia y la adherencia a la terapia de Medicina Física y Rehabilitación en pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - diciembre 2024 - febrero 2025 [Internet]. 2025 [citado el 20 de abril de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12920/14859>
51. Visuetti P. RM. Factores asociados a falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico, en pacientes de 20-69 años, Policlínica Pediátrica Dr. Manuel Ferrer Valdés, 2017. el 23 de enero de 2019;

52. Apolinario Jiménez KM. Adherencia al proceso de neurorrehabilitación y la independencia funcional en pacientes adultos con accidente cerebro vascular en Huaral, 2021 [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener-WIENER; 2021 [citado el 9 de junio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/5916>
53. Manco Guzmán OJ, Marchan Carrillo SK. Factores asociados a mal pronóstico en la rehabilitación del adulto mayor post accidente cerebrovascular en el Hospital Nivel II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador – EsSalud, 2018. 2020;
54. Machicao Curazi N, Vallejos Muñoz OO. Factores asociados con la adherencia a tratamientos de rehabilitación física en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima 2021. [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2021 [citado el 24 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/5717>
55. De D, Motora LU, Dolor Y. Factores intrínsecos y extrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica de los pacientes del departamento de la unidad motora y dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima, 2019. 2019 [citado el 24 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/7001>
56. Moya Nolli CR, Gordillo Sotomayor F de M, Santiago Bazán C. Factores en la adherencia del tratamiento fisioterapéutico en un instituto nacional de rehabilitación. Revista Médica Basadrina. el 4 de octubre de 2022;16(2):21–30.
57. Rebaza Flores A, PERÚ -JAPÓN Lima A, Villegas Flores L. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento de rehabilitación de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con amputación de miembro inferior. Revista Médica Herediana [Internet]. el 20 de septiembre de 2023 [citado el 24 de mayo de 2025];34(3):117–23. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/4921>



ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS				
FICHA N°	1			
HISTORIA CLÍNICA N°				
FACTORES DE ADHERENCIA EPIDEMIOLOGICO				
EDAD				
SEXO	MASCULINO		FEMENINO	
ESTADO CIVIL	CONVIVIENTE		VIUDO/ DIVORCIADO	
	CASADO		SOLTERO	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NINGUNO		SECUNDARIA	
	PRIMARIA		SUPERIOR	
OCUPACIÓN	PROFESIONAL		TRABAJO INDEPENDIENTE	
	ESTUDIANTE		AMA DE CASA	
	OTROS			
DISTRITO	AREQUIPA			
	ALTO SELVA ALEGRE			
	CAYMA			
	CERRO COLORADO			
	OTROS			
ETAPAS DE VIDA	INFANCIA		ADULTO	
	ADOLESCENCIA		ADULTO MAYOR	
	JUVENTUD			
TIPO DE ACV	ISQUEMICO			
	AIT			
	HEMORRAGICO INTRACEREBRAL			
	HEMORRAGICO SUBARACNOIDEO			
SEVERIDAD DEL ACV	LEVE			
	MODERADO			
	SEVERO			
TIPO DE REAHABILITACION	LENGUAJE			
	MOTORA			
INDICE DE ADHERENCIA	NUMERO DE SESIONES DE FISIOTERAPIA TOTALES			
	NUMERO DE SESIONES DE FISIOTERAPIA ASISTIDAS			
	NUMERO DE SESIONES NO ASISTIDAS			

ANEXO 2

BASE DE DATOS

ID	Edad	Sexo	E_Civil	E_Civil2	Instrucción	Instrucción2	Distrito	Distrito2	Distrito3	Etapas	Etapas2	Ocupacion	Ocupacion2	ACV	ACV2	Severidad	Severidad2	Severidad3	R_Fisica	R_Lenguaje	R_Ambas	THIT	Intervalo5	Intervalo9	Alta	TT	TT2	ATTF	NSTTF	IA%TF	ATF	ATTL	NSTTL	IA% TL	ATL	AAT
1	62	0	3	0	2	0	3	40	40	3	1	2	0	3	3	2	2	1	1	1	1	12	0	1	0	1	1	24	32	75.0	1	12	16	75.0	1	1
2	58	1	0	1	2	0	2	40	40	2	0	2	0	3	3	0	.	.	1	1	1	36	0	2	1	2	2	60	64	93.8	1	31	32	96.9	1	1
3	45	0	3	0	2	0	3	40	40	2	0	1	1	1	1	0	.	.	1	1	1	16	0	1	1	2	2	61	64	95.3	1	31	32	96.9	1	1
4	76	1	0	1	99	99	12	40	40	3	1	2	0	3	3	3	3	1	1	1	1	5	0	0	3	1	1	20	24	83.3	1	8	12	66.7	0	1
5	43	0	3	0	1	0	14	20	20	2	0	1	1	3	3	3	3	1	1	0	0	4	0	0	0	0	.	0	8	0.0	0	0	0	.	.	
6	60	0	0	1	2	0	13	40	20	3	1	1	1	3	3	3	3	1	1	1	1	2	1	0	1	2	2	60	64	93.8	1	8	8	100.0	1	1
7	38	1	3	0	2	0	8	20	40	2	0	3	0	1	1	3	3	1	1	1	1	4	0	0	0	1	1	8	16	50.0	0	4	8	50.0	0	0
8	82	0	0	1	2	0	7	20	40	3	1	4	1	3	3	3	3	1	1	1	1	3	1	0	1	.	.	45	48	93.8	1	0	16	0.0	0	0
9	51	1	3	0	2	0	1	40	40	2	0	2	0	3	3	3	3	1	1	1	1	4	0	0	1	2	2	39	40	97.5	1	7	8	87.5	1	1
10	49	1	3	0	2	0	2	40	40	2	0	3	0	3	3	3	3	1	1	1	1	19	0	1	2	1	1	29	32	90.6	1	16	16	100.0	1	1
11	85	0	0	1	3	1	7	20	40	3	1	3	1	3	3	3	3	1	1	1	1	2	1	0	0	2	2	35	56	62.5	0	19	24	79.2	1	0
12	61	1	0	1	3	1	2	40	40	3	1	0	0	3	3	3	3	1	1	1	1	24	0	1	0	0	.	0	8	0.0	0	0	4	0.0	0	0
13	58	1	3	0	3	1	9	20	40	2	0	0	0	3	3	3	3	1	1	1	1	48	0	2	0	2	2	24	24	100.0	1	22	28	78.6	1	1
14	57	1	3	0	3	1	7	20	40	2	0	0	0	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	0	3	0	.	0	8	0.0	0	0	4	0.0	0	0

15	51	1	0	1	3	1	2	40	40	2	0	3	0	3	3	3	3	1	1	1	1	12	0	1	0	1	1	3	8	37.5	0	0	4	0.0	0	0
16	92	1	0	1	99	99	1	40	40	3	1	4	1	3	3	1	1	1	1	1	1	4	0	0	0	1	1	16	24	66.7	0	0	4	0.0	0	0
17	75	1	3	0	99	99	3	40	40	3	1	4	1	3	3	1	1	1	0	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	.	.	2	8	25.0	0	.
18	65	1	0	1	99	99	11	20	20	3	1	3	0	0	.	1	1	1	0	1	0	4	0	0	2	1	1	0	0	.	.	8	8	100.0	1	.
19	81	0	0	1	99	99	2	40	40	3	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	4	0	0	2	1	1	8	8	100.0	1	4	4	100.0	1	1
20	79	1	2	0	99	99	1	40	40	3	1	3	1	3	3	1	1	1	1	0	0	2	1	0	0	1	1	7	16	43.8	0	0	0	.	.	.
21	76	1	3	0	99	99	9	20	40	3	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	7	0	1	2	1	1	8	8	100.0	1	4	4	100.0	1	1
22	77	0	0	1	3	1	8	20	40	3	1	4	1	3	3	1	1	1	1	0	0	36	0	2	0	1	1	13	24	54.2	0	0	0	.	.	.
23	82	0	0	1	2	0	8	20	40	3	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	6	0	0	0	1	1	12	24	50.0	0	7	12	58.3	0	0
24	86	0	0	1	2	0	8	20	40	3	1	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	6	0	0	0	1	1	15	24	62.5	0	0	4	0.0	0	0
25	46	0	3	0	2	0	8	20	40	2	0	2	0	3	3	1	1	1	1	0	0	4	0	0	1	2	2	35	56	62.5	0	0	0	.	.	.
26	73	0	3	0	2	0	7	20	40	3	1	1	1	0	.	1	1	1	1	0	0	4	0	0	0	0	.	0	8	0.0	0	0	0	.	.	.
27	64	1	0	1	2	0	2	40	40	3	1	3	0	3	3	1	1	1	1	1	1	3	1	0	0	0	.	8	8	100.0	1	0	16	0.0	0	1
28	65	1	3	0	2	0	8	20	40	3	1	3	0	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	22	24	91.7	1	20	16	125.0	1	1
29	86	1	0	1	2	0	0	20	40	3	1	3	1	3	3	1	1	1	1	0	0	4	0	0	0	1	1	21	32	65.6	0	0	0	.	.	.
30	48	1	0	1	3	1	0	20	40	2	0	0	0	3	3	1	1	1	1	1	1	3	1	0	2	2	2	31	48	64.6	0	13	24	54.2	0	0
31	56	1	1	1	3	1	11	20	20	2	0	0	0	3	3	1	1	1	1	1	1	24	0	1	0	0	.	7	16	43.8	0	4	8	50.0	0	0
32	71	0	4	0	3	1	0	20	40	3	1	3	0	3	3	1	1	1	0	1	0	12	0	1	0	0	.	0	0	.	.	0	16	0.0	0	.
33	85	1	0	1	3	1	7	20	40	3	1	3	1	3	3	1	1	1	1	0	0	2	1	0	0	1	1	8	16	50.0	0	0	0	.	.	.

34	88	0	4	0	3	1	10	20	20	3	1	4	1	3	3	1	1	1	1	1	1	3	1	0	0	0	.	0	8	0.0	0	0	4	0.0	0	0
35	59	1	1	1	3	1	8	20	40	2	0	0	0	3	3	1	1	1	1	1	1	6	0	0	2	1	1	4	16	25.0	0	6	8	75.0	1	0
36	78	1	0	1	3	1	4	40	40	3	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	0	0	0	2	2	47	56	83.9	1	22	24	91.7	1	1
37	61	0	0	1	3	1	12	40	40	3	1	0	0	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	7	24	29.2	0	2	8	25.0	0	0
38	72	0	0	1	3	1	12	40	40	3	1	0	0	3	3	1	1	1	1	0	0	2	1	0	0	0	.	0	8	0.0	0	0	0	.	.	.
39	73	1	0	1	3	1	4	40	40	3	1	4	1	3	3	1	1	1	1	1	1	4	0	0	1	2	2	64	64	100.0	1	28	24	116.7	1	1
40	69	0	0	1	3	1	0	20	40	3	1	4	1	3	3	1	1	1	1	0	0	7	0	1	0	1	1	5	16	31.3	0	0	0	.	.	.
41	60	0	4	0	3	1	12	40	40	3	1	1	1	3	3	1	1	1	1	0	0	3	1	0	0	1	1	3	8	37.5	0	0	0	.	.	.
42	74	1	0	1	3	1	0	20	40	3	1	4	1	3	3	1	1	1	1	0	0	2	1	0	0	0	.	0	8	0.0	0	0	0	.	.	.
43	81	1	0	1	3	1	6	40	20	3	1	4	1	3	3	1	1	1	1	0	0	9	0	1	0	1	1	16	24	66.7	0	0	0	.	.	.
44	83	0	4	0	99	99	12	40	40	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	4	0	0	0	0	.	0	8	0.0	0	0	0	.	.	.
45	46	0	3	0	2	0	5	40	20	2	0	1	1	1	1	0	.	.	1	1	1	72	.	2	0	1	1	8	24	33.3	0	4	16	25.0	0	0
46	80	1	0	1	99	99	11	20	20	3	1	3	1	3	3	2	2	1	1	0	0	9	0	1	0	1	1	12	24	50.0	0	0	0	.	.	.
47	61	1	3	0	99	99	0	20	40	3	1	3	0	3	3	2	2	1	1	1	1	2	1	0	0	1	1	19	32	59.4	0	7	12	58.3	0	0
48	92	1	0	1	99	99	1	40	40	3	1	3	1	3	3	2	2	1	1	1	1	3	1	0	0	1	1	15	24	62.5	0	0	8	0.0	0	0
49	69	0	3	0	99	99	0	20	40	3	1	3	1	1	1	2	2	1	1	0	0	8	0	1	1	2	2	18	24	75.0	1	0	0	.	.	.
50	63	0	0	1	1	0	8	20	40	3	1	1	1	3	3	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2	40	48	83.3	1	0	0	.	.	.
51	79	0	0	1	1	0	0	20	40	3	1	4	1	3	3	2	2	1	1	0	0	2	1	0	0	1	1	8	16	50.0	0	0	0	.	.	.
52	81	0	0	1	2	0	12	40	40	3	1	3	1	1	1	2	2	1	1	1	1	4	0	0	1	.	.	35	40	87.5	1	15	32	46.9	0	0

53	64	1	0	1	2	0	0	20	40	3	1	3	0	3	3	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	5	16	31.3	0	0	0	.	.	.
54	70	0	3	0	2	0	0	20	40	3	1	3	0	3	3	2	2	1	1	1	1	9	0	1	2	.	.	21	24	87.5	1	13	32	40.6	0	0
55	62	1	0	1	2	0	15	20	20	3	1	2	0	3	3	2	2	1	1	0	0	24	0	1	0	1	1	10	16	62.5	0	0	0	.	.	.
56	58	1	0	1	2	0	0	20	40	2	0	3	0	3	3	2	2	1	1	1	1	3	1	0	0	1	1	6	16	37.5	0	4	12	33.3	0	0
57	76	0	4	0	2	0	11	20	20	3	1	1	1	3	3	2	2	1	1	1	1	2	1	0	0	0	.	0	8	0.0	0	0	4	0.0	0	0
58	69	1	0	1	2	0	7	20	40	3	1	3	0	3	3	2	2	1	0	1	0	4	0	0	0	1	1	0	0	.	.	7	12	58.3	0	.
59	77	1	0	1	2	0	9	20	40	3	1	2	1	3	3	2	2	1	1	0	0	12	0	1	0	2	2	13	24	54.2	0	0	0	.	.	.
60	39	1	0	1	3	1	11	20	20	2	0	0	0	3	3	2	2	1	1	0	0	4	0	0	0	1	1	8	16	50.0	0	0	0	.	.	.
61	80	0	4	0	3	1	4	40	40	3	1	4	1	3	3	2	2	1	1	1	1	4	0	0	0	1	1	15	16	93.8	1	4	4	100.0	1	1
62	74	0	4	0	3	1	2	40	40	3	1	4	1	3	3	2	2	1	1	0	0	3	1	0	0	1	1	8	16	50.0	0	0	0	.	.	.
63	61	0	3	0	3	1	0	20	40	3	1	0	0	3	3	2	2	1	1	1	1	2	1	0	2	2	2	48	48	100.0	1	8	12	66.7	0	0
64	52	1	3	0	3	1	3	40	40	2	0	0	0	3	3	2	2	1	1	1	1	2	1	0	2	2	2	39	48	81.3	1	23	24	95.8	1	1
65	57	0	0	1	3	1	6	40	20	2	0	1	1	3	3	2	2	1	1	1	1	4	0	0	3	2	2	32	32	100.0	1	25	32	78.1	1	1
66	63	0	3	0	3	1	0	20	40	3	1	4	1	3	3	2	2	1	1	1	1	5	0	0	2	2	2	6	8	75.0	1	9	12	75.0	1	1
67	49	1	3	0	3	1	2	40	40	2	0	0	0	3	3	2	2	1	1	1	1	4	0	0	0	1	1	14	16	87.5	1	4	12	33.3	0	0
68	71	1	3	0	3	1	0	20	40	3	1	0	0	3	3	2	2	1	1	1	1	4	0	0	0	1	1	0	8	0.0	0	2	8	25.0	0	0
69	81	1	0	1	3	1	3	40	40	3	1	2	1	3	3	2	2	1	1	1	1	9	0	1	2	1	1	8	8	100.0	1	8	8	100.0	1	1
70	63	0	3	0	3	1	0	20	40	3	1	0	0	3	3	2	2	1	1	1	1	5	0	0	2	2	2	6	8	75.0	1	7	12	58.3	0	0
71	73	0	3	0	3	1	8	20	40	3	1	4	1	3	3	2	2	1	1	1	1	2	1	0	2	1	1	14	16	87.5	1	4	4	100.0	1	1

72	72	0	0	1	2	0	4	40	40	2	0	3	0	3	3	2	2	1	1	1	1	3	1	0	0	0	.	29	56	51.8	0	13	32	40.6	0	0
73	50	1	0	1	99	99	10	20	20	3	1	3	0	3	3	2	2	1	0	1	0	2	1	0	0	0	.	0	0	.	.	0	8	0.0	0	.
74	56	1	0	1	3	1	2	40	40	2	0	0	0	3	3	2	2	1	1	1	1	3	1	0	3	1	1	19	24	79.2	1	15	16	93.8	1	1
75	79	1	0	1	3	1	7	20	40	3	1	4	1	3	3	2	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	.	0	0	0.0	0	0	0	.	.	.
76	61	1	3	0	1	0	1	40	40	3	1	3	0	3	3	0	.	.	1	1	1	.	0	2	0	99	.	7	16	43.8	0	4	24	16.7	0	0
77	84	1	0	1	3	1	3	40	40	3	1	4	1	3	3	0	.	.	1	0	0	72	.	2	1	2	2	22	48	45.8	0	0	0	.	.	.
78	65	1	0	1	2	0	2	40	40	3	1	3	0	3	3	0	.	.	1	0	0	48	0	2	2	1	1	16	16	100.0	1	0	0	.	.	.
79	71	0	4	0	2	0	0	20	40	3	1	1	1	3	3	0	.	.	1	1	1	1	1	0	0	2	2	15	16	93.8	1	16	20	80.0	1	1
80	74	1	0	1	3	1	1	40	40	3	1	3	0	1	1	0	.	.	1	1	1	5	0	0	0	1	1	5	16	31.3	0	0	8	0.0	0	0
81	64	0	3	0	99	99	4	40	40	3	1	3	0	3	3	0	.	.	1	0	0	180	.	2	0	1	1	15	16	93.8	1	0	0	.	.	.
82	80	0	0	1	99	99	11	20	20	3	1	3	1	3	3	0	.	.	1	0	0	3	1	0	1	2	2	51	56	91.1	1	0	0	.	.	.
83	59	1	3	0	99	99	9	20	40	2	0	3	0	3	3	0	.	.	1	0	0	4	0	0	0	0	.	0	8	0.0	0	0	0	.	.	.
84	72	1	3	0	3	1	3	40	40	3	1	4	1	3	3	0	.	.	1	0	0	48	0	2	0	2	2	8	24	33.3	0	0	0	.	.	.
85	83	0	0	1	3	1	2	40	40	3	1	4	1	1	1	0	.	.	1	1	1	36	0	2	0	1	1	16	16	100.0	1	6	12	50.0	0	0
86	71	1	0	1	99	99	0	20	40	3	1	3	0	3	3	0	.	.	1	0	0	36	0	2	0	1	1	0	8	0.0	0	0	0	.	.	.
87	63	1	2	0	2	0	7	20	40	3	1	2	0	3	3	2	2	1	0	1	0	24	0	1	1	2	2	0	0	.	.	32	32	100.0	1	.
88	88	1	0	1	3	1	2	40	40	3	1	4	1	3	3	0	.	.	1	0	0	36	0	2	0	0	.	0	8	0.0	0	0	0	.	.	.
89	61	0	3	0	2	0	1	40	40	3	1	1	1	3	3	0	.	.	1	0	0	96	.	2	2	1	1	14	16	87.5	1	0	0	.	.	.
90	60	0	0	1	1	0	2	40	40	3	1	1	1	3	3	0	.	.	1	0	0	96	.	2	0	1	1	14	16	87.5	1	0	0	.	.	.

91	56	0	0	1	2	0	0	20	40	2	0	2	0	1	1	0	.	.	1	1	1	60	0	2	0	1	1	16	24	66.7	0	16	16	100.0	1	0
92	24	0	3	0	3	1	0	20	40	1	0	3	0	3	3	1	1	1	1	1	1	12	0	1	0	1	1	0	16	0.0	0	0	4	0.0	0	0
93	29	0	3	0	3	1	7	20	40	1	0	0	0	3	3	4	.	4	1	1	1	6	0	0	0	1	1	8	8	100.0	1	8	12	66.7	0	0
94	78	1	1	1	3	1	4	40	40	3	1	1	1	3	3	1	1	1	0	1	0	6	0	0	0	1	1	0	0	.	.	6	8	75.0	1	.
95	49	0	0	1	3	1	1	40	40	2	0	0	0	3	3	0	.	.	1	0	0	120	.	2	1	2	2	42	56	75.0	1	0	0	.	.	.
96	48	1	3	0	2	0	1	40	40	2	0	2	0	3	3	0	.	.	1	1	1	72	.	2	2	2	2	21	24	87.5	1	15	16	93.8	1	1
97	66	1	0	1	99	99	2	40	40	3	1	3	0	1	1	4	.	4	1	0	0	24	0	1	0	1	1	8	16	50.0	0	0	0	.	.	.
98	57	0	3	0	3	1	2	40	40	2	0	0	0	1	1	4	.	4	1	1	1	3	1	0	2	1	1	30	32	93.8	1	0	4	0.0	0	0
99	36	0	0	1	3	1	1	40	40	2	0	1	1	1	1	4	.	4	1	1	1	3	1	0	0	2	2	12	24	50.0	0	8	16	50.0	0	0
100	54	1	0	1	99	99	1	40	40	2	0	3	0	2	1	4	.	4	1	0	0	24	0	1	2	2	2	47	56	83.9	1	0	0	.	.	.
101	64	1	0	1	99	99	0	20	40	3	1	3	0	2	1	4	.	4	1	1	1	12	0	1	0	1	1	15	24	62.5	0	5	12	41.7	0	0
102	10	1	3	0	1	0	1	40	40	0	0	3	0	2	1	4	.	4	1	1	1	2	1	0	0	2	2	8	8	100.0	1	0	20	0.0	0	0
103	69	0	3	0	2	0	1	40	40	3	1	1	1	1	1	4	.	4	1	1	1	7	0	1	0	1	1	7	16	43.8	0	2	8	25.0	0	0
104	52	0	0	1	3	1	0	20	40	2	0	0	0	1	1	4	.	4	1	0	0	1	1	0	0	1	1	4	16	25.0	0	0	0	.	.	.
105	57	0	0	1	3	1	0	20	40	2	0	0	0	1	1	4	.	4	1	1	1	36	0	2	3	1	1	0	16	0.0	0	8	12	66.7	0	0
106	52	0	0	1	3	1	8	20	40	2	0	3	0	2	1	4	.	4	1	1	1	3	1	0	0	1	1	10	32	31.3	0	11	16	68.8	0	0
107	37	1	3	0	3	1	2	40	40	2	0	0	0	1	1	4	.	4	1	0	0	3	1	0	0	0	.	0	8	0.0	0	0	0	.	.	.
108	70	1	4	0	3	1	2	40	40	3	1	0	1	2	1	4	.	4	1	0	0	6	0	0	0	1	1	16	24	66.7	0	0	0	.	.	.
109	37	1	3	0	3	1	2	40	40	2	0	2	0	1	1	4	.	4	1	0	0	3	1	0	0	0	.	0	8	0.0	0	0	0	.	.	.

110	78	1	0	1	3	1	2	40	40	3	1	4	1	1	1	4	.	4	1	0	0	24	0	1	0	0	.	0	8	0.0	0	0	0	.	.
111	83	1	0	1	3	1	2	40	40	3	1	4	1	1	1	4	.	4	1	0	0	7	0	1	3	2	2	16	16	100.0	1	0	0	.	.
112	63	0	0	1	3	1	1	40	40	3	1	1	1	3	3	1	1	1	1	0	0	9	0	1	3	1	1	8	8	100.0	1	0	0	.	.

LEYENDA: CODIFICACION

- E_civil: Casado 0, Conviviente 1, Divorciado 2, Soltero 3, Viudo 4
- E_civil2: Sin pareja 0, Con pareja 1
- Instrucción: Ninguno 0, Primaria 1, Sec 2, Sup 3
- Instruccion2: Basica 0, Superior 1
- Distrito: Arequipa 0, Cerro colo 1, Paucarpata 2, Cayma 3, ASA 4, Characato 5, Jacobo Hunter 6, Bustamante 7, Mariano 8, Miraflores 9, Sabandia 10, Socabaya 11, Yanahuara 12, Tiabaya 13, Santa rita 14, Yarabamba 15
- Etapa: Infancia 0, Juventud 1, Adulto 2, AM 3
- Etapa2: no AM 0, AM 1
- Ocupación: Prof 0, Ama de casa 1, independiente 2, otros 3, jubilado 4
- Ocupacion2Empleado 0, desempleado 1
- Acv: AIT 0, Hem IC 1, Hem SA 2, Isq 3
- Severidad: NA 0, Leve 1, Mod 2, Sev 3, Operado 4
- Severidad3No operado: 0, operado: 1
- Alta: Abandona tto 0, continua tto 1, alta médica 2, muerte 3
- ❖ THIT: intervalo de tiempo desde el ACV hasta el inicio del tratamiento
- ❖ TT: tiempo en terapia
- ❖ TT2: tiempo en terapia 2
- ❖ ATTF: asistencias totales a la terapia física
- ❖ NSTTF: numero de sesiones totales a la terapia física
- ❖ IA%TF: índice de adherencia a la terapia física
- ❖ ATF: adherencia a la terapia física
- ❖ ATTL: asistencias totales a la terapia de lenguaje
- ❖ NSTTL: numero de sesiones totales a la terapia de lenguaje
- ❖ IA%TL: índice de adherencia a la terapia de lenguaje
- ❖ ATL: adherencia la terapia de lenguaje
- ❖ AAT: adherencia a ambas terapias