

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE VESTIDO EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE MEDIANTE WEEFIM EN CRIT GUANAJUATO

ASSESSMENT OF ACTIVITY OF DRESS IN PATIENTS WITH MYELOMENINGOCELE BY WEEFIM IN CRIT GUANAJUATO

Palabra clave: WeeFIM, pacientes, meningomielocelo, Actividades Cotidianas, Terapia ocupacional.

Keyword: WeeFIM, patients, meningomyelocelo, Activities of Daily Living, Occupational Therapy.

DECS: pacientes, meningomielocelo, Actividades Cotidianas, Terapia ocupacional.

MESH: patients, meningomyelocelo, Activities of Daily Living, Occupational Therapy.



Autores

Dña. Laura Joselin Estrada Peralta.

Licenciada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional CRIT Guanajuato
E-mail de contacto: lj_ep@hotmail.com

D. René Lugo Osaki

Médico Rehabilitador Respiratorio Pediátrico CRIT Guanajuato
E-mail de contacto: rlugo@teleton-gto.org.mx

Como citar este documento:

Estrada Peralta LJ, Lugo Osaki R. Evaluación de la actividad de vestido en pacientes con mielomeningocele mediante WeeFIM en CRIT Guanajuato. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [fecha de la consulta]; 11(20): [18 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original3.pdf>

Texto recibido: 18/07/2014

Texto aceptado: 26/10/2014

Texto publicado: 30/11/2014

Introducción

El término espina bífida se utiliza para describir una gran variedad de anomalías del desarrollo, cuyo común denominador es una fusión posterior incompleta de los arcos vertebrales⁽¹⁾, siendo el mielomeningocele la forma más severa de espina bífida, definida como un defecto de cierre del tubo neural que incluye: déficit de la fuerza muscular y de sensibilidad por debajo del nivel de la lesión, vejiga e intestino neurogénicos, además de disfunción sexual y déficit cognitivo⁽²⁾

Es usualmente asociado con hidrocefalia y otras anomalías cerebrales, las cuales pueden dar lugar a deficiencias en la adaptación motora⁽³⁾, una dificultad muy presente son las alteraciones de la función manual documentada en niños con mielomeningocele, estas son: disminución de la fuerza de

RESUMEN

El propósito principal del estudio es demostrar la utilidad de la evaluación WeeFIM para medir los cambios de el nivel funcional en la actividad de vestido en pacientes con mielomeningocele, además también analizar si los factores edad, sexo, nivel de lesión, estado nutricional, estrato socioeconómico y tiempo de estancia influyen en el resultado de la evaluación WeeFIM. Es un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, transversal y analítico, donde se incluyeron a pacientes con diagnóstico de mielomeningocele, con fecha de ingreso a CRIT Guanajuato desde enero de 2004 hasta julio 31 de 2012, en estado activo, edad de 2 a 18 años, de sexo masculino o femenino, que contaran con expediente clínico, al menos con dos evaluaciones WeeFIM y haber recibido servicio de Terapia Ocupacional. La muestra se determinó de manera aleatorizada en 94 pacientes, de los cuales 83 cumplieron con los criterios de inclusión, se realizó un análisis de las variables, así como una comparación entre ambas evaluaciones WeeFIM, mediante la prueba de análisis de varianza. Los resultados son estadísticamente significativos, concluyendo que el WeeFIM si es útil para medir los cambios en el nivel funcional en la actividad de vestido en pacientes con mielomeningocele.

SUMMARY

The aim of this study is to evaluate the usefulness of the WeeFIM to measure functional changes on dressing activities on patients with myelomeningocele, and also analyze if factors like age, sex, lesion level, nutritional status, socioeconomically status and time stay influence the results. This is a retrospective, descriptive, observational, transversal and analytic study, patients with myelomeningocele diagnosis was included, time of entrance to CRIT Guanajuato from January 2004 to July 2012, status, age from 2 to 18 years old, masculine or feminine, with a clinical file with at least two measures of WeeFIM and received occupational therapy. The sample was determined in a randomized method in 94 patients, of which 83 met the inclusion criteria, an analysis of the variables, and a comparison between both WeeFIM evaluations, by analysis of variance test was performed. The results are statistically significant, concluding that the WeeFIM is useful to measure changes in functional dress activity level in patients with myelomeningocele.

tiempo y la ocasión, obtener ropa del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse de forma secuencial; fijación y ajuste de la ropa y los zapatos, aplicar y quitar dispositivos personales, prótesis u órtesis.

En un individuo normal se deben presentar un grupo de diferentes habilidades para la adquisición de la actividad de vestido, este reto se duplica en los niños con mielomeningocele ⁽⁵⁾.

En el siguiente cuadro se expone el desarrollo de habilidades en la actividad de vestido ⁽⁶⁾.

presión, debilidad de los músculos intrínsecos de la mano y señales de ataxia.

Lo que comporta una baja realización funcional y dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, estas se refieren a las tareas vitales típicas necesarias para el cuidado de sí mismos y el automantenimiento, son "fundamentales para vivir en un mundo social, permitiendo la supervivencia básica y bienestar, como es el caso la actividad de vestido ^(2,4), la cual se define como la selección de ropa y accesorios apropiados a la hora del día, el

Edad	Desarrollo de la actividad de vestido
1-2 años	Coopera, p. ej., empuja el brazo a través de la manga y encuentra el hueco; se saca calcetines, zapatos y gorros; sostiene su pierna para asistir en ponerse los pantalones, ayuda a bajarse los pantalones
2-3 años	Se saca el abrigo, un pijamas simple y pantalones de buzo; se saca los calcetines y los zapatos; se pone camisa o abrigo abrochados adelante; puede bajar el cierre o desabrochar botones grandes; requiere asistencia al ponerse ropa como poleras o pulóveres
3-4 años	Puede desvestirse; puede ponerse ropa tipo poleras o pulóveres con asistencia ocasional para orientarse y ponérselo en forma correcta; se pone los pantalones excepto los cierres, puede abrochar y desabrochar botones grandes y subir la cremallera de la chaqueta cuando ambas partes de la cremallera están encajadas; se pone los zapatos y calcetines, excepto amarrar los cordones
5-6 años	Independiente, excepto con la selección de ropa y cierres difíciles ocasionales, como cinturones y cierres de la parte de atrás de la ropa
7-9 años	Puede comenzar a seleccionar ropa y hacerlo de acuerdo con el clima
+ 10 años	Independiente; puede comenzar a comprar y seleccionar su propia ropa; llega a ser más selectivo acerca del tipo y estilo de ropa

Adaptado de Furuno S, O'Reilly KA, Hosaka CM, Inasutka TT, Allman TA, Zeisloft B. Hawaii Early Learning Profile (HELP). Palo Alto, CA: Vort Corporation, 1984; Orelove F, Sobsey D. Mealtime Skills. En: Orelove F, Sobsey D, eds. Educating Children with Multiple Disabilities: A Transdisciplinary Approach. 4 Ed Baltimore: P.H Brookes Publishing Co, 1991:335-372; y Shepherd J. Self-care and adaptations for independent living. En: Case-Smith J, ed. Occupational Therapy for Children. 4 Ed. St. Louis: Mosby. 2001:489-527.

Estudios de la historia natural del mielomeningocele tienen conscientemente fundados evaluaciones para clasificar niveles de lesión espinal motora asociados y predictivos de la discapacidad física y cognitiva, una de ellas es la evaluación de Hoffer et al. (1973); la cual consiste en cuatro categorías:

- Torácico: Sin sensación debajo de cadera y sin fuerza en músculos que cruzan la articulación de la cadera o distales a ellos
- Lumbar superior: uno o más de lo siguiente: cierta sensibilidad por debajo de articulación de la cadera, algo de fuerza en la cadera, aductores o flexores, o en extensores de rodilla
- Lumbar inferior: uno o más de lo siguiente: fuerza en flexores de rodilla, o dorsiflexores de tobillo o en abductores de caderas
- Sacro (Uno o más de lo siguiente): fuerza en los plantiflexores de tobillo o dedos de los pies, o en extensores de caderas. ⁽⁷⁾

WEEFIM

Es una herramienta de 18 elementos que mide el desempeño funcional cotidiano a través de los ámbitos de autoatención, movilidad y cognición.

Cada uno de los 18 elementos tiene una escala de 1-7. Una clasificación 1 refleja que el niño(a) requiere atención total en una actividad y una clasificación de 7 refleja que el niño(a) realiza totalmente independiente una actividad. 7 = independencia completa, 6 = independencia modificada, 5 = supervisión o inducción, 4 = asistencia mínima, 3 = asistencia moderada, 2 = asistencia máxima, 1 = asistencia total.

(En el cuadro inferior se muestra lo correspondiente a los elementos de cuidado personal, que incluye el vestido). ^(8, 9, 10)

Elementos del instrumento WeeFIM	
Cuidado personal	Alimentación Aseo personal Baño Vestir parte superior Vestir parte inferior Ir al baño Control de esfínter vesical Control del intestino

Es aplicable a niños y adolescentes de 6 meses a 21 años que presenten retardos funcionales del desarrollo. Documenta los resultados de los programas de rehabilitación y habilitación pediátricos.

Ámbito de cuidado personal: 4.Vestir- parte superior del cuerpo

Incluye: vestirse por arriba de la cintura, desvestirse por arriba de la cintura y aplicar o remover prótesis u órtesis cuando se requiera.

Ámbito del cuidado personal: 5.Vestir- parte inferior del cuerpo

El vestir la parte inferior del cuerpo incluye todas las siguientes actividades: vestirse por debajo de la cintura, desvestirse por debajo de la cintura y aplicar o remover prótesis u órtesis cuando se requiera. Este elemento no incluye el amarrarse los zapatos. ⁽⁸⁾

MATERIAL Y METODOS

El objetivo general del estudio es demostrar la utilidad de la evaluación WeeFIM para medir los cambios en el nivel funcional en la actividad de vestido en pacientes con mielomeningocele. Teniendo como objetivos específicos analizar si los factores (edad, sexo, nivel de lesión, estado nutricional, estrato socioeconómico y tiempo de estancia) influyen en el resultado de la evaluación WeeFIM.

La presente investigación se realizó en las instalaciones del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Irapuato, Guanajuato, en el área de expediente clínico.

El tipo de estudio es: retrospectivo, descriptivo, observacional, transversal y analítico.

Los criterios del grupo de estudio consistieron en pacientes con diagnóstico de mielomeningocele, ingresado a éste centro desde enero de 2004 hasta Julio 31 de 2012, que contaran con un estado activo, con edad de 2 a 18 años, de sexo masculino o femenino, que contaran con expediente clínico, al menos con dos evaluaciones WeeFIM y haber recibido servicio de Terapia Ocupacional.

El tamaño de la muestra fue de 94 pacientes, de los cuales 83 cumplieron con los criterios de inclusión.

Las variables a analizar fueron: WeeFIM (tomando como medida inicial el primer WeeFIM hecho por el médico acompañante y como medida final de comparación el último WeeFIM subsecuente realizado por el médico acompañante dentro del periodo de estudio), nivel de lesión motora, edad de ingreso, sexo, estado nutricional, estrato socioeconómico y tiempo de estancia en el CRIT.

Se recabaron los datos en hojas de excel, utilizando el paquete estadístico statgraphics para el análisis. Mostrando los resultados mediante estadística descriptiva para las características de la población de estudio, usando el método ANOVA para WeeFIM; y se realizó una correlación de variables mediante Spearman.

RESULTADOS

La muestra fué de 84 pacientes: 49 del sexo masculino (58.3 %) y 35 del sexo Femenino (41.7%) (Tabla 1); de acuerdo al nivel de lesión se encontraron que 28 pacientes (33.3%) tenían un nivel de lesión lumbar superior, 24 (28.8%) tenían un nivel de lesión lumbar inferior, 8 (9.5%) tenían un nivel de lesión sacro y 4 (28.6%) tenían un nivel de lesión torácico (Tabla 2).

En cuanto al aspecto nutricional 50 (59.5%) se encontraban eutróficos, 7 (8.3%) padecían desnutrición leve, 22 (26.2%) con sobrepeso y 5 (6%) pacientes con obesidad (Tabla 3). En cuanto a estrato socioeconómico 5 (6%) pertenecían al I, 12 (12%) al J, 44 (52.4%) al K, 18 (21.4%) al L y 5 (6%) al Z (Tabla 4). En cuanto al tiempo de estancia en el CRIT, los datos variaban entre 1mes y 101 meses, se encuentran descritos en el anexo 5 (Tabla 5).

También puede observarse los resultados del puntaje inicial y final obtenidos por cada uno de los pacientes tanto para vestido inferior como para vestido superior (Fig. 8, 9), y el resultado final acerca del el puntaje de avance WeeFIM

superior fue el siguiente: 7 pacientes (8.3%) tuvieron -1 puntos de avance, 12 pacientes (14.3%) tuvieron 0 puntos de avance, 16 pacientes (19%) tuvieron 1 punto de avance, 11 pacientes (13.1%) tuvieron 2 puntos de avance, 13 pacientes (15.5%) tuvieron 3 puntos de avance, 15 pacientes (17.9%) tuvieron 4 puntos de avance y 10 pacientes (11.9%) tuvieron 5 puntos de avance (Fig. 10), mientras que para WeeFIM inferior : 1 paciente (1.2%) tuvo -3 puntos de avance, 5 pacientes (6%) tuvieron -1 puntos de avance, 16 pacientes (19%) tuvieron 0 puntos de avance, 15 pacientes (17.9%) tuvieron 1 punto de avance, 10 pacientes (11.9%) tuvieron 2 puntos de avance, 22 pacientes (26.2%) tuvieron 3 puntos de avance, 8 pacientes (9.5%) tuvieron 4 puntos de avance y 7 pacientes (8.3%) tuvieron 5 puntos de avance (Fig. 11).

Hubo correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el estrato socioeconómico y el nivel de mejoría de la actividad de vestido tanto inferior como superior ($R = -0.2$ y -0.3 respectivamente).

Hay una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) usando la rho de Spearman de 0.490 entre el grado de avance superior y el tiempo de estancia (entre mayor es el tiempo de estancia es mayor el grado de avance superior).

Hay una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) usando la rho de Spearman de -0.331 entre el grado de avance superior y la edad de ingreso (entre menor edad tenga el paciente al ingreso mayor será su avance superior).

Hay una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) usando la rho de Spearman de 0.519 entre el grado de avance inferior y el tiempo de estancia (entre mayor es el tiempo de estancia es mayor el grado de avance inferior).

Hay una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) usando la rho de Spearman de -0.268 entre el grado de avance inferior y la edad de ingreso (entre menor edad tenga el paciente al ingreso mayor será su avance inferior).

De acuerdo al análisis estadístico por correlación los pacientes que se encuentran en un estrato socioeconómico más elevado presentan mayor mejoría que los pacientes en un estrato más bajo.

No hubo correlación estadísticamente significativa en la mejoría de la actividad de vestido ni con el sexo, nivel de lesión y estado nutricional.

EL análisis de los cambios en la actividad el vestido valorado por Wee FIM fueron estadísticamente significativos para el vestido en parte superior como inferior , con una $p < 0.05$ usando el método de U de Mann Whitney ya que las poblaciones no presentaban distribución normal, así como usando el método de ANOVA.

DISCUSIÓN

Para la aplicación del WeeFIM, los médicos y/o terapeutas deben de tomar un curso de certificación, que les permita realizar la valoración con mayor objetividad.

El WeeFIM es útil en una gran cantidad de aspectos, dentro de estos se encuentra el que es una valoración estandarizada que nos permite tener un mismo lenguaje en diferentes partes del mundo, además nos confirma su efectividad al proporcionar un nivel funcional, en este caso a la actividad de vestido, y poder monitorear a través de un tiempo su grado de avance.

Al revisar otro estudio aplicando la misma valoración, pero en una población de pacientes con parálisis cerebral, se concuerda en que es una prueba viable para medir la mejoría funcional.

De acuerdo a mi experiencia personal en el ámbito profesional, es importante contar con un instrumento que nos permita llevar a cabo un control de los avances que vamos logrando en el tratamiento de nuestros pacientes, ya que

de esta manera podemos demostrar que nuestro tratamiento desde el área de Terapia Ocupacional, presenta resultados significativos que se ven reflejados en la vida diaria de cada uno de los pacientes, y a su vez es un sustento científico de nuestro quehacer diario, por esto mismo es importante continuar con su aplicación y hacerla conocer a nuestros colegas.

Además da un panorama en el cual los médicos y los profesionales relacionados que tratan a pacientes con discapacidad tengan la forma de valorar el tratamiento de rehabilitación, planear metas, plantear objetivos y para la toma de mejores decisiones.

En cuanto a los resultados arrojados en las correlaciones, algunos de estos datos son esperados, este es el caso del grado de avance y tiempo de estancia tanto para la parte de vestido superior como inferior (mientras el paciente permanezca más tiempo en el centro, mayor será su grado de avance en la escala de WeeFIM, en lo que se refiere a la actividad de vestido), al igual que la correlación entre el grado de avance del vestido de la parte superior e inferior y la edad de ingreso, esto debido a que si es menor la edad de ingreso del paciente, esto le permitirá tener logros más grandes.

De acuerdo al análisis estadístico por correlación los pacientes que se encuentran en un estrato socioeconómico más elevado presentan mayor mejoría que los pacientes en un estrato más bajo.

Se considera que el cambio de terapeuta ocupacional a lo largo de las sesiones no ocasiona algún sesgo que afecte los resultados, ya que se da seguimiento al objetivo (en este caso la actividad de vestido), hasta cumplirse, acorde a la capacidad de cada paciente.

CONCLUSIÓN

Por lo tanto, debido a que los resultados son estadísticamente significativos, se concluye que el WeeFIM si es útil para medir los cambios en el nivel funcional en la actividad de vestido en pacientes con mielomeningocele (Graficas 1,2).

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a cada una de las personas que pusieron un poco de su tiempo para llevar a cabo este proyecto.

Bibliografía

1. Tirapu Ustarroz J, Landa González N, Pelegrín Valero C. Déficit neuropsicológicos en hidrocefalia relacionada con espina bífida. *Rev Neurol (Barc)*. 2001; 32 (5): 489-497.
2. Longo-Araújo E, Castelo-Branco A, Silveira-Carrara G, Nakayama M, Fernandes-Távora D. Anormalidades del sistema nervioso central y alteraciones de los miembros superiores en pacientes con mielomeningocele. *Rev Neurol (Barc)*. 2008; 46 (9): 525-530.
3. Colvin A, Owen Yeates K, Enrile B, Coury D. Motor adaptation in children with myelomeningocele: Comparison to children with ADHD and healthy siblings. *J Int Neuropsychol Soc*. 2003; 9: 642-652.
4. Kielhofner G. *Terapia Ocupacional, Modelo de Ocupación humana: Teoría y Aplicación*. 4º ed. Buenos Aires: Panamericana; 2004.
5. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process. *AM J OCCUP THER*. 2002; 56: 609-639.
6. Mulligan S. *Terapia Ocupacional en Pediatría*. Madrid: editorial médica panamericana; 2006.
7. Bartonek A, Saraste H, Knutson L. Comparison of different systems to classify the neurological level of lesion in patients with myelomeningocele. *Dev Med Child Neurol*. 1999 ;41: 796-805.
8. Granger C., Msall M., Braun S., Griswold K., McCabe M., Heyer N., Hamilton B. Guía clínica del sistema WeeFIM versión 5.01. Págs. 7-9, 20, 21,60-65.
9. Uniform Data System (sede web) New York: Uniform Data System for Medical Rehabilitation ; 1999 - 2012 (acceso: 20 de Junio del 2012). WeeFIM ©. Disponible en: <http://www.udsmr.org/WebModules/UDSMR/Com>About.aspx>.
10. Segovia S, Ortiz E. Evaluación del desempeño funcional de pacientes con parálisis cerebral severa con el instrumento WeeFIM en el CRIT Estado de México. *Rev. Mex. Med. Fís. y Rehab (Medigraphic.com)*. 2005 (acceso 25 de Junio del 2012); 17 (2): 54-59. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-fisica/em-mf.htm>

ANEXOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valid F	35	41.7	41.7	41.7
M	49	58.3	58.3	100.0
Total	84	100.0	100.0	

Tabla 1. Sexo de los pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valid Lumar Superior	1	1.2	1.2	1.2
Lumbar inferior	2	2.4	2.4	3.6
Lumbar Inferior	22	26.2	26.2	29.8
Lumbar Superior	27	32.1	32.1	61.9
Sacro	8	9.5	9.5	71.4
Torácico	24	28.6	28.6	100.0
Total	84	100.0	100.0	

Tabla 2. Nivel de Lesión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valid Desnutrición leve	7	8.3	8.3	8.3
Eutrófico	50	59.5	59.5	67.9
Obesidad	5	6.0	6.0	73.8
Sobrepeso	22	26.2	26.2	100.0
Total	84	100.0	100.0	

Tabla 3. Estado de nutrición

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valid I	5	6.0	6.0	6.0
J	12	14.3	14.3	20.2
K	1	1.2	1.2	21.4
K	43	51.2	51.2	72.6
L	18	21.4	21.4	94
Z	5	6.0	6.0	100.0
Total	84	100.0	100.0	

Tabla 4. Estrato socioeconómico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valid 1.00	1	1.2	1.2	1.2
8.00	2	2.4	2.4	3.6
10.00	1	1.2	1.2	4.8
13.00	4	4.8	4.8	9.5
16.00	1	1.2	1.2	10.7
17.00	5	6.0	6.0	16.7
18.00	2	2.4	2.4	19.0
19.00	2	2.4	2.4	21.4
20.00	1	1.2	1.2	22.6
21.00	1	1.2	1.2	23.8
22.00	1	1.2	1.2	25.0
24.00	1	1.2	1.2	26.2
25.00	2	2.4	2.4	28.6
26.00	3	3.6	3.6	32.1
28.00	1	1.2	1.2	33.3
29.00	3	3.6	3.6	36.9
30.00	1	1.2	1.2	38.1
33.00	2	2.4	2.4	40.5
36.00	1	1.2	1.2	41.7
37.00	1	1.2	1.2	42.9
38.00	1	1.2	1.2	44.0
39.00	2	2.4	2.4	46.4
40.00	1	1.2	1.2	47.6

41.00	3	3.6	3.6	51.2
42.00	1	1.2	1.2	52.4
44.00	2	2.4	2.4	54.8
45.00	1	1.2	1.2	56.0
46.00	1	1.2	1.2	57.1
47.00	2	2.4	2.4	59.5
49.00	1	1.2	1.2	60.7
50.00	1	1.2	1.2	61.9
51.00	2	2.4	2.4	64.3
61.00	1	1.2	1.2	65.5
66.00	1	1.2	1.2	66.7
68.00	2	2.4	2.4	69.0
78.00	1	1.2	1.2	70.2
79.00	1	1.2	1.2	71.4
80.00	3	3.6	3.6	75.0
81.00	3	3.6	3.6	78.6
82.00	3	3.6	3.6	82.1
87.00	2	2.4	2.4	84.5
92.00	1	1.2	1.2	85.7
93.00	1	1.2	1.2	86.9
99.00	2	2.4	2.4	89.3
100.00	3	3.6	3.6	92.9
101.00	6	7.1	7.1	100.0
Total	84	100.0	100.0	

1 (1.2%) tenía 1 mes, 2 (2.4%) tenían 8 meses, 1(1.2%) tenía 10 meses, 4(4.8%) tenían 13 meses, 1 (1.2%) 16 meses, 5(6%) 17 meses, 2(2.4%) 18 meses, 2 (2.4%) 19 meses, 1 (1.2%) 20 meses, 1 (1.2%) 21 meses, 1(1.2%) 22 meses, 1 (1.2%) 24 meses, 2 (2.4%) 25 meses, 3 (3.6%) 26 meses, 1 (1.2%) 28 meses, 3 (3.6%) 29 meses, 1 (1.2%) 30 meses, 2 (2.4%) 33 meses, 1(1.2%) 36 meses, 1(1.2%) 37 meses, 1 (1.2%) 38 meses, 2 (2.4%) 39 meses, 1 (1.2%) 40 meses, 3 (3.6%) 41 meses, 1 (1.2%) 42 meses, 2 (2.4%) 44 meses, 1 (1.2%) 45 meses, 1 (1.2%) 46 meses, 2 (2.4%) 47 meses, 1 (1.2%) 49 meses, 1 (1.2%) 50 meses, 2 (2.4%) 51 meses, 1 (1.2%) 61 meses, 1 (1.2%) 66 meses, 2 (2.4%) 68 meses, 1 (1.2%) 78 meses, 1 (1.2%) 79 meses, 3 (3.6%) 80 meses, 3 (3.6%) 81 meses, 3 (3.6%) 82 meses, 2 (2.4%) 87 meses, 1 (1.2%) 92 meses, 1 (1.2%) 93 meses, 2 (2.4%) 99 meses, 3 (3.6%) 100 meses y 6 (7.1%) 101 meses.

Tabla 5. Tiempo de estancia en el CRIT

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valid 1	37	44.0	44.0	44.0
2	14	16.7	16.7	60.7
3	12	14.3	14.3	75.0
4	7	8.3	8.3	83.3
5	9	10.7	10.7	94.0
6	2	2.4	2.4	96.4
7	3	3.6	3.6	100.0
Total	84	100.0	100.0	

37 pacientes (44%) tenían un puntaje de 1, 14 pacientes (16.7%) tenían un puntaje de 2, 12 pacientes (14.3%) tenían un puntaje de 3, 7 pacientes (8.3%) tenían un puntaje de 4, 9 pacientes (10.7%) tenían un puntaje de 5, 2 pacientes (2.4%) tenían un puntaje de 6 y 3 pacientes (3.6%) tenían un puntaje de 7. (Tabla 6)

Tabla 6. WeeFIM Inicial Superior

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valid 1	4	4.8	4.8	4.8
2	9	10.7	10.7	15.5
3	7	8.3	8.3	23.8
4	12	14.3	14.3	38.1
5	22	26.2	26.2	64.3
6	24	28.6	28.6	92.9
7	6	7.1	7.1	100.0
Total	84	100.0	100.0	

4 pacientes (4.8%) tenían un puntaje de 1, 9 pacientes (10.7%) tenían un puntaje de 2, 7 pacientes (8.3%) tenían un puntaje de 3, 12 pacientes (14.3%) tenían un puntaje de 4, 22 pacientes (26.2%) tenían un puntaje de 5, 24 pacientes (28.6%) tenían un puntaje de 6 y 6 pacientes (7.1%) tenían un puntaje de 7.

Tabla 7. WeeFIM final superior

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valid 1.00	46	54.8	54.8	54.8
2.00	11	13.1	13.1	67.9
3.00	9	10.7	10.7	78.6
4.00	9	10.7	10.7	89.3
5.00	6	7.1	7.1	96.4
6.00	2	2.4	2.4	98.8
7.00	1	1.2	1.2	100.0
Total	84	100.0	100.0	

46 pacientes (54.8%) tenían un puntaje de 1, 11 pacientes (13.1%) tenían un puntaje de 2, 9 pacientes (10.7%) tenían un puntaje de 3, 9 pacientes (10.7%) tenían un puntaje de 4, 6 pacientes (7.1%) tenían un puntaje de 5, 2 pacientes (2.4%) tenían un puntaje de 6 y 1 paciente (1.2%) tenían un puntaje de 7.

Tabla 8. WeeFIM inicial inferior

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acomulado
Valid 1.00	5	6.0	6.0	6.0
2.00	11	13.1	13.1	19.0
3.00	11	13.1	13.1	32.1
4.00	26	31.0	31.0	63.1
5.00	11	13.1	13.1	76.2
6.00	19	22.6	22.6	98.8
7.00	1	1.2	1.2	100.0
Total	84	100.0	100.0	

5 pacientes (6.0%) tenían un puntaje de 1, 11 pacientes (13.1%) tenían un puntaje de 2, 11 pacientes (13.1%) tenían un puntaje de 3, 26 pacientes (31%) tenían un puntaje de 4, 11 pacientes (13.1%) tenían un puntaje de 5, 19 pacientes (22.6%) tenían un puntaje de 6 y 1 (1.2%) un puntaje de 7.

Tabla 9. WeeFIM final inferior

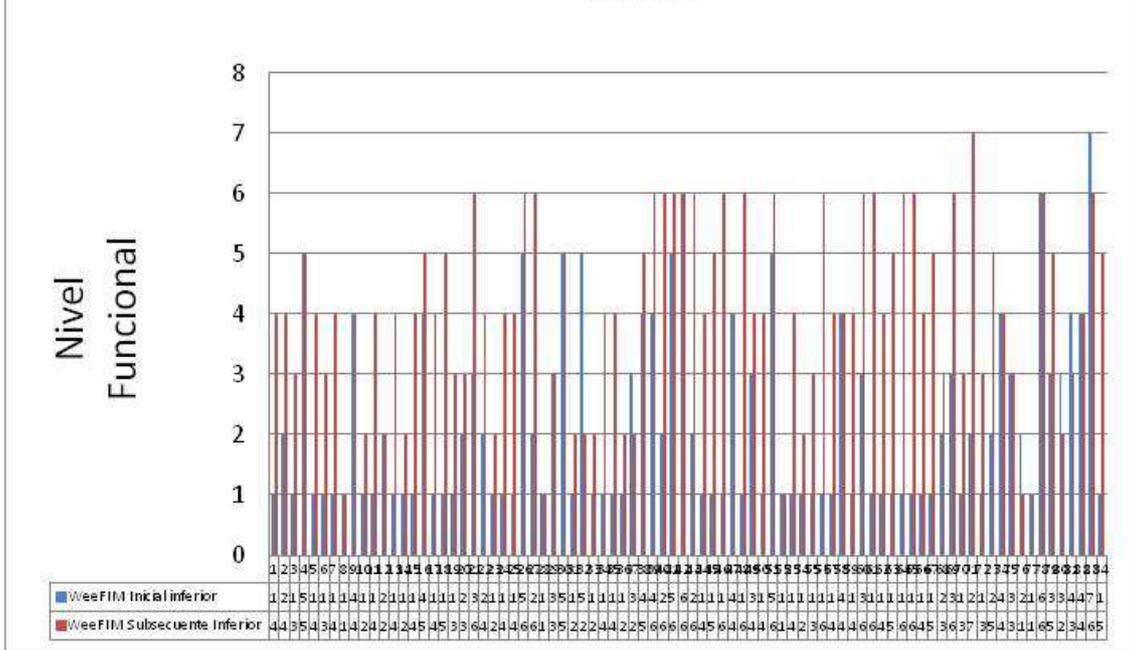
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valid	-1	7	8.3	8.3	8.3
	0	12	14.3	14.3	22.6
	1	16	19.0	19.0	41.7
	2	11	13.1	13.1	54.8
	3	13	15.5	15.5	70.2
	4	15	17.9	17.9	88.1
	5	10	11.9	11.9	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

Tabla 10. Avances WeeFIM Superior

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valid	-3.00	1	1.2	1.2	1.2
	-1.00	5	6.0	6.0	7.1
	.00	16	19.0	19.0	26.2
	1.00	15	17.9	17.9	44.0
	2.00	10	11.9	11.9	56.0
	3.00	22	26.2	26.2	82.1
	4.00	8	9.5	9.5	91.7
	5.00	7	8.3	8.3	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

Tabla 11. Avance de WeeFIM Inferior

Grafica 1. Comparativa de WeeFIM inicial y subsecuente en vestido inferior



Grafica 2. Comparativa de WeeFIM inicial y subsecuente en vestido superior

