

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto", La Habana, Cuba.

Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda

Quality of life in post-ictuspatients: determinants factors from the acute phase

Yoany Mesa Barrera^I, Otman Fernández Concepción^{II}, Tania Elena Hernández Rodríguez^{III} y Yanneris Parada Barroso^{IV}

^IEspecialista Primer Grado de Neurología. Máster en Investigación en Aterosclerosis. yoanymb@infomed.sld.cu

^{II}Doctor en Ciencias Médicas. Especialista Segundo Grado de Neurología. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto de Neurología y Neurocirugía, La Habana, Cuba. otmanfc@infomed.sld.cu

^{III}Especialista Primer Grado de Neurología. Máster en Investigación en Aterosclerosis. telena@infomed.sld.cu

^{IV}Especialista Primer grado en Medicina General Integral y Primer Grado en Neurología. Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. yannerispb@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades cerebrovasculares son causa de afectación de la calidad de vida; los factores asociados a una afectación de la calidad de vida varían entre un estudio y otro.

Objetivos: Identificar los factores que influyen en la afectación de la calidad de vida en

supervivientes a un ictus en su fase aguda.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo transversal de una serie de 120 sobrevivientes a un ictus isquémico bajo la condición de rehabilitación temprana, aplicándose las escalas transcurridos 10 días de instaurado el ictus. La calidad de vida se evaluó mediante la aplicación de los cuestionarios de la Escala de Calidad de Vida para el Ictus (ECVI-38) de origen cubano desde la fase aguda de instaurado el ictus.

Resultados: Predominaron las mujeres, con un promedio de edad por encima de los 65 años. El grado de afectación neurológica entre moderada y grave es de más de dos tercios, con puntuación media de $3,6 \pm 3,9$. Más de 80% presentan alta carga de síntomas depresivos, para una puntuación media de $7,7 \pm 3,4$. La presencia de síntomas depresivos mayores (OR: 0,23, IC: 0,06;0,83), el grado de afectación neurológica (OR: 0,53, IC: 0,09;3,10) y mayor edad (OR: 1,93, IC: 1,44;2,63), fueron los factores asociados a la afectación de la calidad de vida.

Conclusiones: El ictus tiene consecuencias físicas y emocionales. La calidad de vida está determinada por el grado de afectación neurológica, mayor edad y la presencia de síntomas depresivos en su fase aguda.

Palabras claves: Accidente cerebrovascular, calidad de vida, depresión, discapacidad, factores predisponentes.

ABSTRACT

Introduction: Cerebrovascular diseases are cause of impact on lifequality; factors associated with life quality change from one study to another.

Objectives: Identify the factors that have influence in the life quality of ictus survivors in their acute phase.

Material and Methods: Was performed a transversal-descriptive study of a series of 120 ictus survivors under the condition of early rehabilitation, applying the scales after 10 days of ictus set up. Life quality was evaluated by means of a Cuban's Life Quality Scale for ictus (ECVI-38)from the acute phase.

Results: Women predominated with an average age over 65 years. Neurological affection degree was from moderated to severe in more than two thirds of patients, with an average score of $3,6 \pm 3,9$. More than 80% presented in a high degree, depressive symptoms to an average score of $7,7 \pm 3,4$. The presence of uttermost depressive symptoms (OR: 0,23, IC:0,06;0,83), the degree of neurological affection (OR: 0,53, IC:0,09;3,10) and elderliness(OR: 1,93, IC: 1,44;2,63) were the factors associated with life quality affection.

Conclusions: Stroke has physical and emotional consequences. Ictus has emotional and physical consequences. Life quality is determined by the neurological affection degree, elderliness and the presence of depressive symptoms in the acute phase.

Keywords: Stroke, life quality, depression, disability, predisposing factors.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades vasculares cerebrales (ECV) constituyen la tercera causa de muerte, la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de

demencia. Debido al envejecimiento de muchas poblaciones, especialmente aquellas con rápido crecimiento económico; se estima que las proyecciones para 2020 sugieren que el ictus constituirá la segunda causa de muerte tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo; además, en términos de discapacidad estará entre las primeras cinco causas más importantes de carga por enfermedad al analizar para ambos sexos y para todas las edades y segunda causa entre los grupos de edad mayor de 60 años, siendo superada solamente por la enfermedad isquémica coronaria.¹⁻³

Es indiscutible la influencia negativa del Ictus sobre la Calidad de vida (CV) según la percepción que tienen los pacientes; debido a que esta entidad logra afectar todas las esferas del individuo, impidiéndole el libre desarrollo de sus actividades cotidianas que requieren algún tipo de esfuerzo, aunque dicha limitación no solo es física, ya que interfiere además en las relaciones del paciente con sus familiares, amigos y otras personas que integran el círculo social.⁴

Calidad de vida es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente; fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: percepciones individuales de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive, y relacionado con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones; de este modo, podemos distinguir instrumentos generales de Calidad de vida y otros relacionados a aspectos específicos de los diferentes cuadros patológicos (Instrumentos calidad de vida relacionados a la enfermedad).⁵ La combinación de factores objetivos y subjetivos puede dar lugar a un número infinito de estados de salud, constituyendo un concepto dinámico de asociaciones causales diversas y que tiene, por tanto, un carácter multidimensional. Los factores psicosociales, situación general de la vida, el bienestar, la red social, la educación y la economía son importantes en la predicción de la calidad de vida general de pacientes con ECV y con el tiempo ocurren cambios de los factores predisponentes.⁶

El cuestionario de salud Short Form 36 (SF-36) fue diseñado por Ware, *et al*, en 1990, empleado en el Medical Outcomes Study y aplicados en casi 22 000 pacientes en los Estados Unidos, y llegan a convertir rápidamente en el modelo genérico de elección de la CV para su uso en varias áreas, principalmente en estudios de ictus.⁷ Anderson, *et al*, exploraron su validez en pacientes con ictus y hallaron una elevación de la misma en cuanto a salud física y mental, pero menos válido en el funcionamiento social.⁸

Sin embargo, se han encontrado que los predictores de la calidad de vida difieren según la fase del ictus. Durante los 3-12 meses después de un ictus, la edad, el sexo, la presencia de condiciones comórbidas, nivel educativo, tipo de accidente cerebrovascular experimentado, la falta de ejercicio físico, el estado funcional y la depresión se han establecido como predictores de CV.⁹ Durante el período de seguimiento a largo plazo después del ictus (1-6 años), factores físicos, sociales, funcionales y psicológicos tales como la edad, el nivel socioeconómico, el desempleo en adultos jóvenes, el empleo como trabajador manual, el funcionamiento físico, la incontinencia urinaria, la fatiga, la gravedad del accidente cerebrovascular, la depresión y la cognición han sido identificados como contribuyentes a la calidad de vida en sobrevivientes a un ictus.¹⁰ Desafortunadamente, pocos estudios han identificado los factores asociados con la calidad de vida en los supervivientes de ictus durante la fase aguda. La investigación de los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con ictus agudo puede mejorar la calidad de la atención del ictus agudo.

La Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) de origen cubano, cuyo autor Dr. C. Otman Fernández Concepción; fue validada su uso en 2008 por la Sociedad Iberoamericana de Neurología, constituyendo el primer instrumento iberoamericano de su tipo desarrollado en habla hispana y en nuestra cultura, la cual resume con menos categorías e ítems todo el espectro de consecuencias derivadas de un ictus y permite detectar los cambios que pueden producirse en el proceso de recuperación de estos pacientes.^{11,12}

OBJETIVO

Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en la calidad de vida durante la fase aguda de sufrido un ictus a través de la aplicación de la Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con los pacientes adultos que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intermedios de Medicina (UCIM) del Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" del municipio Habana del Este, durante el período comprendido entre abril 2014 y abril 2015

Del total de 530 pacientes se seleccionó una serie de 120 con diagnóstico clínico e imageneológico de ictus isquémico (infarto cerebral) durante su fase aguda, bajo la condición de aquellos que cumplieron con la rehabilitación temprana, iniciada luego de transcurrir de 24-48 horas de estabilizado el infarto.

Se excluyeron los pacientes con enfermedades terminales, ictus hemorrágicos, ictus previos conocidos, demencia previa, retraso mental o psicosis y otras enfermedades que se asocian con alto grado de discapacidad (insuficiencia cardíaca grado III y IV, insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide avanzada), incapacidad para realizar ambos trastornos (escribir o trastornos del lenguaje) producto al ictus y los que tengan acompañantes sin vínculo familiar.

La aplicación del cuestionario y las escalas se realizaron a los 10 días de instaurado el ictus y el diagnóstico imagenológico se realizó a través de la realización de la Tomografía Computarizada (TC) al inicio de instaurado el infarto y transcurrido las 72 horas en caso que la inicial resultara negativa.

Se utilizaron como variables dependientes:

- Grado de afectación neurológica (AN):

Para determinar el grado de afectación neurológica (AN) seleccionamos la escala para el ictus del Instituto de Salud de los Estados Unidos (siglas en inglés, NIHSS). El grado de AN se clasificó en ligera (< 5 puntos), moderada (6-10 puntos) y grave (>10 puntos) Las puntuaciones en este rango de instrumento son de 0 a 42 puntos.¹³

- Presencia de deterioro cognitivo (DC):

Esta se midió mediante el Examen Mínimo del Estado Mental (siglas en inglés, MMSE)¹⁴ y la Prueba del Reloj a la Orden (PRO);¹⁵ clasificando con DC aquellos por debajo del punto de corte en una de las dos pruebas de evaluación cognitiva, 24 de un máximo de 30 para MMSE y 7 con un máximo de 10 para la PRO.

- Presencia de síntomas depresivos (SD):

Para valorar la presencia de depresión y su grado, se utilizó la puntuación de la Escala Geriátrica de Depresión (EGD), teniendo como referencia de puntuación las respuestas negativas, clasificándose la carga de síntomas depresivos en baja (<4 puntos), mediana (5-9 puntos) y alta (10 o más puntos).¹⁶

- Estado funcional (EF):

El estado funcional se definió mediante los resultados del Índice de Barthel para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD),¹⁷ las puntuaciones fueron de 0 a 100 y las más bajas indican mayor severidad de la discapacidad; para el análisis de los factores que determinan el estado funcional o la dependencia, se utilizó una dicotomía en función de los niveles funcionales según los criterios de la Academia Americana del Corazón, donde los pacientes con nivel funcional IV y V se clasificaron como "dependientes" para las ABVD; en cambio aquellos con nivel funcional entre I y III se clasificaron como "independientes" para las ABVD.

- Calidad de Vida (CV).

La Calidad de Vida se valoró mediante la Escala de Calidad de Vida para el Ictus (ECVI-38) anexo, utilizando la puntuación total de la escala, y la puntuación individual de cada dominio de esta: Estado físico (EF), Comunicación, Cognición, Emociones, Sentimientos, Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Actividades comunes de la vida diaria (ACVD) y Funcionamiento socio-familiar (FSF). Se clasificó la CV general en no afectada (<25 puntos), ligeramente afectada (entre 25-49 puntos), moderadamente afectada (entre 50-75 puntos) y gravemente afectada (>75 puntos); aquellos pacientes con puntuaciones superiores a 50 se clasificaron como CV afectada.

Como variables independientes: demográficas (edad, sexo estado marital, nivel educacional y estado socioeconómico), relacionadas con la enfermedad (tiempo desde la ocurrencia del ictus, hemisferio cerebral afectado, clasificación de su tamaño), enfermedades comórbidas (hipertensión y *diabetes mellitus*).

A los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, y a sus cuidadores, se les solicitó su aceptación para la participación en el estudio y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. El protocolo de estudio fue aprobado por el comité de investigación y ética de la institución, cumpliéndose con lo estipulado en la Declaración de Helsinki.

Los datos se conformaron en una base de datos Excel. Para describir el comportamiento de las variables se realizó procedimiento descriptivo mediante medidas de tendencia central y porcentajes. Para definir los factores explicativos de la dependencia y la afectación de la calidad de vida, se realizó análisis bivariado: tablas de contingencia para las variables categóricas (prueba χ^2) y comparación de medias para las variables continuas (prueba t Student de dos colas). Para determinar la significación de cada variable, se utilizó el estadístico Wald de los coeficientes de regresión y el intervalo de confianza de la Odds Ratio (OR).

Los resultados se expusieron a través de gráficos y tablas.

RESULTADOS

Predominaron las mujeres con 50,9%, sobre 49,1% de los hombres con una diferencia no significativa y un promedio de edad por encima de los 65 años. El grado

de afectación neurológica fue entre moderada y grave en más de dos tercios de los pacientes, con puntuación media de $3,6 \pm 3,9$ (Gráfico 1).

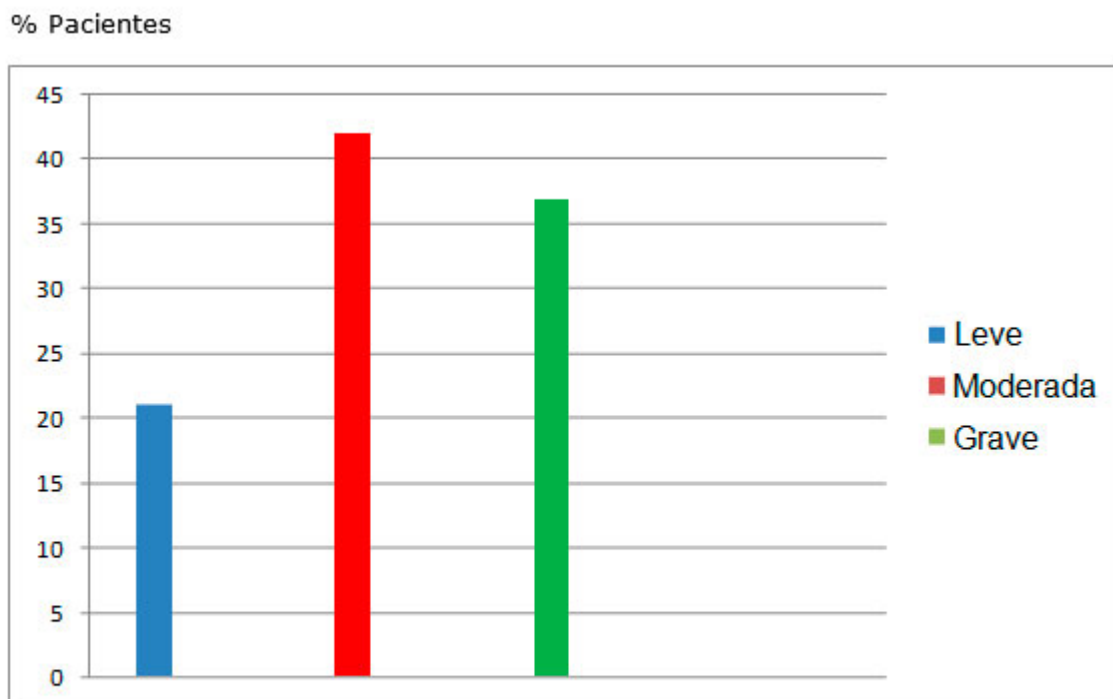


Gráfico 1. Grado de afectación neurológica según la escala para el ictus del Instituto de Salud de los Estados Unidos
Fuente: Encuesta.

Poco más de dos tercios de los pacientes no experimentaron deterioro cognitivo y solo 32,3% sí tuvieron deterioro cognitivo en algún grado durante la fase aguda. (Gráfico 2).

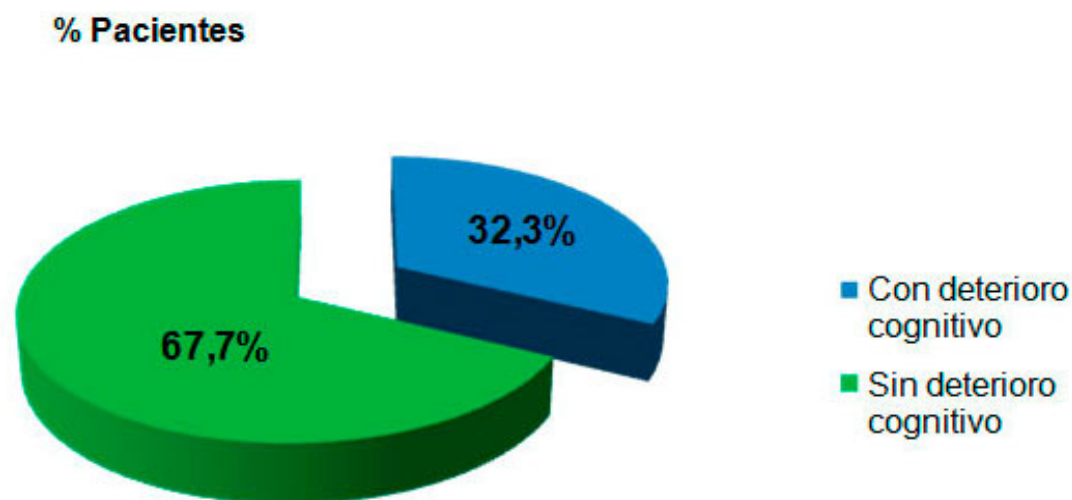


Gráfico 2. Presencia de deterioro cognitivo según el Examen Mínimo del Estado Mental y la Prueba del Reloj a la Orden
Fuente: Encuesta.

Más de un tercio presentó alta carga de síntomas depresivos para una puntuación media de $7,7 \pm 3,4$ (Gráfico 3).

% Pacientes

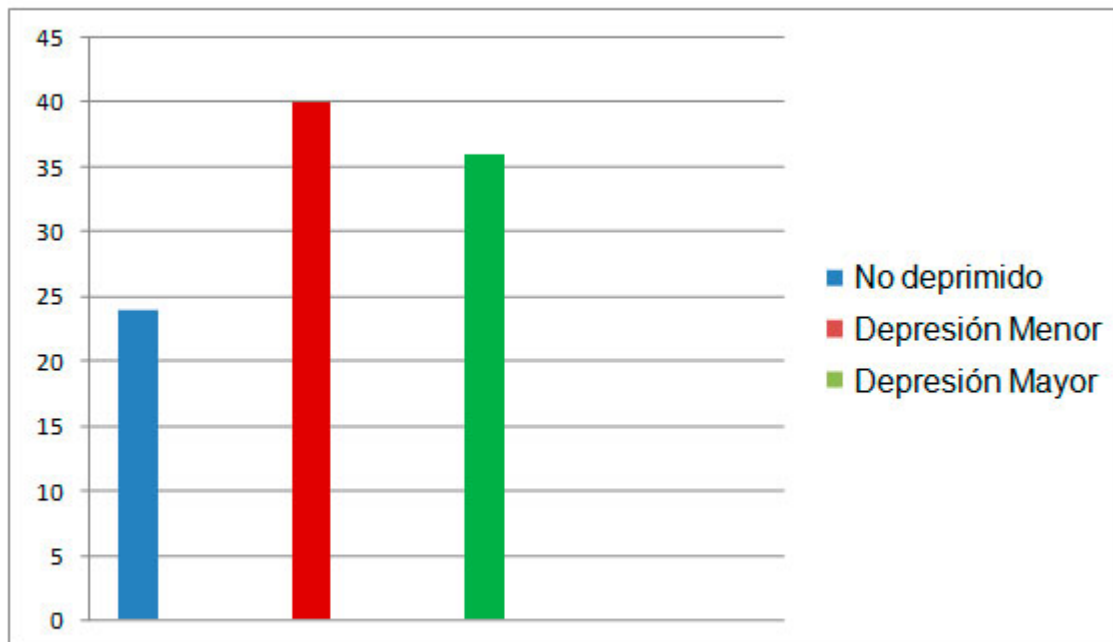


Gráfico 3. Grado de depresión, según la Escala Geriátrica de Depresión

Fuente: Encuestas

De acuerdo con la clasificación del estado funcional, poco más de 75% de los pacientes necesita ayuda para más de cinco actividades básicas de la vida diaria, la puntuación media del Índice de Barthel fue de $59,6 \pm 29,9$ (Gráfico 4).

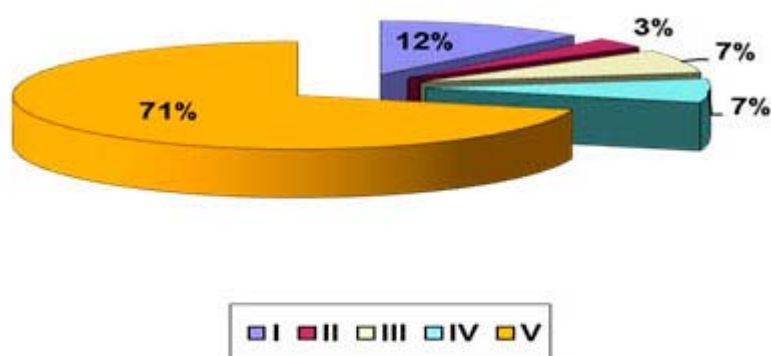


Gráfico 4. Nivel funcional según el Índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria

Fuente: Encuestas

La puntuación media de la ECVI-38 fue de $48,1 \pm 22,9$; las áreas más afectadas fueron las actividades básicas de la vida diaria, emociones, sentimientos y el estado físico (Tabla 1).

Tabla 1. Media y desviación estándar de los dominios de la Escala de calidad de vida

Dominio de la ECVI-38	Media	DE
Estado Físico	53,4	26,6
Comunicación	33,7	28,3
Cognición	34,5	24,6
Emociones	57,3	25,4
Sentimientos	60,1	32,5
Actividades básica de la vida diaria	70,2	29,7
Actividades comunes de la vida diaria	36,7	23,6
Funcionamiento socio-familiar	45,6	17,6

Fuente: Encuesta

La edad, los años de estudio y el estado cognitivo no tuvieron diferencias entre estos grupos; en tanto, las puntuaciones en las escalas de afectación neurológica y la depresión presentaron diferencias significativas con 99% de confianza (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de medias de variables numéricas en dos grupos clasificados según la afectación o no de la calidad de vida

Variable	CV no afectada	CV afectada	t	p
Edad	64,6	61,3	-1,83	0,07
Años de estudio	9,6	10,4	1,17	0,24
Tiempo de evolución	5,1	7,8	1,80	0,07
Puntuación del MMSE	11,0	13,5	1,64	0,04
Puntuación de la NIHSS	8,8	4,0	-9,29	< 0,01
Puntuación de la EGD	5,9	9,4	-6,14	< 0,01

Fuente: Encuesta.

Se puede apreciar que el grado de afectación neurológica entre moderada y grave, la presencia alta de carga de síntomas depresivos y la edad, se asociaron de forma independiente a la mayor afectación de la calidad de vida en los pacientes estudiados (Tabla 3).

Tabla 3. Modelo de regresión logística para explicar la afectación de la calidad de vida

Variables de la RL	Wald	p	OR	IC-OR 95%	
				mínimo	máximo
Afectación neurológica grave vs leve	11,4	0,00	0,04	0,00	0,26
Afectación neurológica grave vs moderada	0,48	0,48	0,53	0,09	3,10
Presencia de deterioro cognitivo	5,88	0,01	3,8	1,3	11,3
Depresión mayor vs no deprimido	13,07	0,04	0,04	0,00	0,24
Depresión mayor vs depresión menor	5,04	0,02	0,23	0,06	0,83
Edad	22,68	0,00	1,93	1,44	2,63

OR: Odds Ratio

IC-OR 95%: Intervalo de confianza para la OR para 95% de confianza.

Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

La heterogeneidad en los síntomas, la gravedad, la etiología y la recuperación de aquellos pacientes que han sufrido una enfermedad cerebrovascular hace difícil su valoración. Una revisión de 174 ensayos clínicos en ictus agudo reveló que 72% de ellos midió deficiencias relacionadas con el ictus; 42% midieron discapacidad, y solo 2% midieron minusvalía o calidad de vida relacionada con la salud.^{18,19}

Sin una evaluación integral de la calidad de vida relacionada con la salud, las intervenciones médicas no podrían resultar completamente beneficiosas, principalmente para aquellos pacientes que han sufrido un ictus.

Hemos identificado varias investigaciones que han estudiado la asociación de variados factores con la dependencia y la calidad de vida en supervivientes a un ictus. Estos trabajos han sido diferentes en cuanto a su metodología, el momento evolutivo en que se valoraron los pacientes, los instrumentos utilizados para medir la variable de interés (dependencia y/o calidad de vida), y las variables independientes incluidas: deterioro físico, funcional, psicológico y salud social.^{20,21}

Existe una coincidencia entre el resultado del presente estudio durante la fase aguda del ictus y la gran mayoría de las investigaciones en la etapa crónica, respecto a que una mayor afectación neurológica se asocia a una menor efectividad de recuperación funcional.^{20,22-25}

*Wiedmann, et al., plantean que la edad, los años de estudios, la extensión de la lesión, el estado neurológico y los síntomas depresivos se asocian a la presencia de deterioro cognitivo.*¹⁸ *Bo-Ok Jeong, et al,* notaron que los trastornos psicológicos y el deterioro de las funciones cognitivas están asociadas de forma independiente a una mayor afectación de la calidad de vida en la etapa aguda del ictus en la población de

Corea del Sur.²⁶ A pesar que la mayoría de los trabajos realizados en supervivientes a un ictus que se hospitalizan para rehabilitación; así como aquellos que se les dan seguimiento en el tiempo, asocian deterioro cognitivo con mayor afectación de la calidad de vida;^{18,25-29} este estudio no evidenció relación entre la CV y el deterioro en las funciones cognitivas en la fase aguda del ictus.

La depresión es considerada una de las más frecuentes o comunes consecuencias neuropsiquiátricas del Ictus (Robinson, 1997). La generalidad de los estudios destaca una asociación entre depresión y estado funcional.^{30,31} En la población europea es habitual que las personas mayores mantengan escasas relaciones sociales independientemente de su estado de salud. Posiblemente sea este el motivo por el cual muchos pacientes no refieran un cambio sustancial en sus actividades y relaciones sociales tras el ictus. Esta situación es comprensible y preocupante, debido a que es conocida la asociación entre la ocurrencia de un ictus y los trastornos afectivos como la depresión, ansiedad y su fuerte tendencia a desencadenar una serie de fenómenos a nivel cerebral y cardiovascular que predisponen a los pacientes a nuevos eventos, interfiriendo a la vez en sus actividades habituales y ocio, encerrándolos en un círculo de estrés y ansiedad que les imposibilita recuperar su independencia física.^{9,18-21,32} En este estudio se observó una marcada asociación de la carga de los síntomas depresivos con la afectación de la calidad de vida.

El aumento de la dependencia de terceras personas para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), la alteración del estado de ánimo y la disrupción de la vida social previa son algunas de las consecuencias negativas que de repente aparecen en la vida de los supervivientes a un ictus y que tienen una indiscutible influencia sobre su calidad de vida.^{20,22,33} Varios autores han reportado una fuerte asociación entre discapacidad física, dependencia en actividad de vida diaria y calidad de vida.²³⁻²⁵ Resultados similares se obtuvieron en el presente estudio desde la etapa aguda de sufrido el ictus.

Pocos estudios han investigado los factores determinantes de la calidad de vida durante la fase aguda del ictus (especialmente durante el ingreso). Esta limitación puede ser atribuible al hecho de que los médicos se enfocan en salvar vidas y tratar los problemas neurológicos de los pacientes que han sufrido un ictus agudo en lugar de la calidad de vida. En general, se da prioridad al accionar terapéutico durante la fase aguda, y consideraciones psicológicas y de recuperación del estado funcional se les atribuye más importancia durante la rehabilitación o fases crónicas del accidente cerebrovascular.

Un estudio en los Estados Unidos demostró una alta asociación entre la edad, el sexo, el nivel de educación, el tipo de ictus, la paresia de la mano dominante, paresia de la extremidad superior, y la comorbilidad, utilizando una escala ictus-específica.³⁴ Otro estudio en Ghana, utilizando una escala genérica para la CVRS, arrojó que ser mujer, el nivel educacional, la tendencia a la depresión y la presencia de comorbilidad fueron los factores de mayor influencia en esta.^{35,36} Otros resultados establecieron una serie de factores relacionados con un deterioro de la CV, como incapacidad para regresar al trabajo, la falta de percibir el sustento social, deterioro cognitivo y la presencia de problemas de salud comórbidos. Varios autores han reportado una fuerte asociación entre discapacidad física, dependencia en actividad de vida diaria y calidad de vida; pero no a predecir aspectos psicológicos y socioeconómicos de la CV.^{23,24} En el otro estudio, se preguntó a los pacientes si su CV fue buena, regular o mala y el rango se comparó con una población de edad avanzada en general; ambos enfoques muestran que hay poca o ninguna mejoría espontánea de la CV después del evento de un Ictus.^{28,34,37, 38} En nuestro país, los estudios sobre la CV recogidos por Fernández-Concepción, *et al*, encontraron como factores asociados a la CV, el ser mujer, los modos de afrontamiento y un menor apoyo social; en cambio, no encontró relación

con factores clínicos y de la enfermedad como el territorio vascular, la extensión de la lesión, o el grado de afectación, y se puso de manifiesto que el componente subjetivo tiene un peso probablemente superior al de los propios factores objetivos de la enfermedad.^{39,40} El grado de afectación neurológica, presencia de síntomas depresivos y mayor edad fueron los factores asociados a la CV desde la fase aguda en este estudio.

La edad se asocia a una menor CV en la mayoría de los estudios. Otros autores reportan que la edad es un factor asociado a una peor recuperación funcional post-ictus, lo cual se ha relacionado con una menor capacidad de respuesta al tratamiento rehabilitador.^{27,33} En este trabajo, la edad se asoció de forma independiente a la calidad de vida.

Como *limitaciones del estudio* están la no inclusión de la opinión de aquellas personas que conviven y participan en el cuidado directo del paciente quienes pudieran responder los cuestionarios, por los pacientes con graves problemas cognitivos o del lenguaje, impidió incluir a 64 pacientes en la investigación. Aspecto este a tener en cuenta en futuros estudios sobre la calidad de vida.

CONCLUSIONES

El ictus tiene consecuencias físicas y emocionales, que afectan notablemente el estado funcional y la calidad de vida de quienes lo sufren. La calidad de vida en pacientes que han sufrido un ictus desde su fase aguda, está determinada por el grado de afectación neurológica, la presencia de síntomas depresivos y mayor edad.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios longitudinales iniciando desde la etapa aguda hasta la crónica sobre la Calidad de Vida.
2. Promover la difusión del uso de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) a nivel nacional.
3. Incluir en estudios futuros similares, la opinión de los cuidadores en aquellos pacientes con limitaciones comunicacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mar J, Arrospide A, Begiristain J.M, Larrañaga I, Elosegui E, Oliva-Moreno J. The impact of acquired brain damage in terms of epidemiology, economics and loss in quality of life. BMC Neurolgy. 2011; 11:46.
2. Brown M. Participation: The insider's perspective. Arch Phys Med Rehabil. 2010; 91(9 Suppl):S34-7.
3. Samsiah M, Das S, Chee SY, Rashidah R, Siti H, Ruth P, *et al*. The ideal measurement of the quality of life in post stroke patients: an urban study. Clin Ter. 2011; 162(3):209-15.

4. Moreno M, Pearson TA, Kaiser AD. The Quality of Lifestyle and the Quality of Life. *Arch Intern Med.* 2011; 171(20): 1819-20.
5. Faria CDCM, Silva SM, Correa JCF, Laurentino GEC, Teixeira-Salmela LF. Identificación de categorías de participación de la CIF en instrumentos de calidad de vida utilizados en individuos acometidos por el accidente vascular encefálico. *Rev Panam Salud Pública.* 2012; 31(4):338-44.
6. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis.* 2009; 27(Suppl 1):204-14.
7. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30(6):473-83.
8. Anderson C, Laubscher S, Burns R. Validation of the Short Form 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire among stroke patients. *Stroke.* 1996; 27(10):1812-6.
9. Carod-Artal FJ. Determining quality of life in stroke survivors. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2012; 12(2):199-211.
10. Naess H, Nyland H. Poor health-related quality of life is associated with long-term mortality in young adults with cerebral infarction. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2013; 22(7):79-83.
11. Fernández-Concepción O, Román Pastoriza Y, Álvarez-González MA, *et al.* Desarrollo de una escala para evaluar calidad de vida en sobrevivientes a un ictus. *REV NEUROL.* 2004; 39(10):915-23.
12. Fernández-Concepción O, Verdecia-Fraga R, Álvarez-González MA, Román-Pastoriza Y, Ramírez Pérez E. Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38): Evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad y validez. *REV NEUROL.* 2005; 41(7):391-98.
13. Seki M, Hase K, Takahashi H, Liu M. Comparison of three instruments to assess changes of motor impairment in acute hemispheric stroke: the Stroke Impairment Assessment Set (SIAS), the National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) and the Canadian Neurological Scale (CNS). *Disabil Rehabil.* 2014; 36(18):1549-54.
14. Chapman KR, Bing-Canar H, Alosco ML, Steinberg EG, Martin B, Chaisson C, *et al.* Mini Mental State Examination and Logical Memory scores for entry into Alzheimer's disease trials. *Alzheimers Res Ther.* 2016 Feb 22; 8:9.
15. Mazancova AF, Nikolai T, Stepankova H, Kopecek M, Bezdicek O. The Reliability of Clock Drawing Test Scoring Systems Modeled on the Normative Data in Healthy Aging and Nonamnesic Mild Cognitive Impairment. *Assessment.* 2016, Mar 1.
16. Pocklington C, Gilbody S, Manea L, McMillan D. The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016, Feb 18.
17. Sangha H, Lipson D, Foley N, Salter K, Bhogal S, Pohani G, *et al.* A comparison of the Barthel Index and the Functional Independence Measure as outcome measures in stroke rehabilitation: patterns of disability scale usage in clinical trials. *Int J Rehabil Res.* 2005; 28(2):135-9.

18. Wiedmann S, Heuschmann PU, Hillmann S, Busse O, Wiethölter H, Walter GM, *et al.* The Quality of Acute Stroke Care—an Analysis of Evidence-Based Indicators in 260 000 Patients. *Dtsch Arztebl Int.* 2014; 111(45): 759-765.
19. Wiedmann S, Norrving B, Nowe T, *et al.* Variations in quality indicators of acute stroke care in 6 European countries: the European Implementation Score (EIS) Collaboration. *Stroke.* 2012; 43(2):458-63.
20. Grube MM, Dohle C, Djouchadaret D, *et al.* Evidence-based quality indicators for stroke rehabilitation. *Stroke.* 2012; 43(1):142-6.
21. Owolabi MO. Impact of stroke on health-related quality of life in diverse cultures: the Berlin-Ibadan multicenter international study. *Health Qual Life Outcomes.* 2011; 9:81.
22. Cabral DL, Damascena CG, Teixeira-Salmela LF, Laurentino GE.C. Confiabilidade do Perfil de Saúde de Nottingham após Acidente Vascular Encefálico. Reliability of the Nottingham Health Profile after suffering a stroke. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(5): 1313-1322.
23. Katona M, Schmidt R, Schupp W, Graessel E. Predictors of health-related quality of life in stroke patients after neurological inpatient rehabilitation: a prospective study. *Health Qual Life Outcomes.* 2015; 13:58.
24. Veerbeek JM, Wegen E, Peppen R, Wees PJ, Hendriks E, Rietberg M, *et al.* What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2014; 9(2): e87987.
25. Lerdal A, Gay CL. Fatigue in the acute phase after first stroke predicts poorer physical health 18 months later. *Neurology.* 2013; 81(18):1581-87.
26. Jeong B-O, Kang H-J, Bae K-Y, Kim S-W, Kim J-M, Shin II-S. Determinants of Quality of Life in the Acute Stage Following Stroke. *Psychiatry Investig.* 2012; 9(2): 127-133.
27. Viscogliosi C, Belleville S, Desrosiers J, Caron C, Ska B. Participation after a stroke: Changes over time as a function of cognitive deficits. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011; 52(3):336-43.
28. Hofmeijer J, Van der Worp HB, Kappelle LJ, Amelink GJ, Algra A, Van Zandvoort MJ. Cognitive outcome of survivors of space-occupying hemispheric infarction. *J Neurol.* 2013; 260(5):1396-403.
29. Fernández-Concepción O, Rojas-Fuentes J, Pando A, Marrero M, Mesa-Barrera Y, Santiesteban-Velázquez N, *et al.* Deterioro cognitivo después de un infarto cerebral: frecuencia y factores determinantes. *REV NEUROL.* 2008; 46(6):326-30.
30. Fernández-Concepción O, Marrero-Fleitas M, Mesa-Barrera Y, Santiesteban-Velázquez N, Rojas-Fuentes J. Depresión post-ictus: frecuencia y factores determinantes. *Rev Cub Neurología y Neurocirugía.* 2012; 2(1):9-16.
31. Castellanos Pinedo F, Hernández Pérez JM, Zurdo M, Rodríguez Fúnez B, García Fernández C, Cueli Rincón B, *et al.* Psychopathological disorders and quality of life in patients with brain infarction. *Neurología.* 2012; 27(2):76-82.

32. Naess H, Lunde L, Brogger J. The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: The Bergen Stroke Study. *Vasc Health Risk Manag.* 2012; 8:407-13.
33. Yu L, Boyle PA, Wilson RS, Levine SR, Schneider JA, Bennett DA. Purpose in life and cerebral infarcts in community-dwelling older people. *Stroke.* 2015; 46(4):1071-6.
34. Dhamoon MS, Moon YP, Paik MC, Sacco RL, Elkind MS. Trajectory of functional decline before and after ischemic stroke: the Northern Manhattan. *Stroke.* 2012; 43(8):2180-4.
35. Donkor ES, Owolabi MO, Bampoh PO, Amoo PK, Aspelund T, Gudnason V. Profile and health-related quality of life of Ghanaian stroke survivors. *Clin Interv Aging.* 2014; 9:1701-8.
36. Agyemang C, Attah-Adjepong G, Owusu-Dabo E, De-Graft Aikins A, Addo J, Edusei AK, et al. Stroke in Ashanti region of Ghana. *Ghana Med J.* 2012; 46(2 Suppl):12-7.
37. Radman N, Staub F, Aboulaflia-Brakha T, Berney A, Bogousslavsky J, Annoni JM. Poststroke fatigue following minor infarcts: a prospective study. *Neurology.* 2012; 79(14):1422-7.
38. Lerdal A, Gay CL. Fatigue in the acute phase after first stroke predicts poorer physical health 18 months later. *Neurology.* 2013; 81(18): 1581-7.
39. Fernández-Concepción O, Fiallo Sánchez MC, Álvarez González MA, et al. La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus posibles factores determinantes. *REV NEUROL.* 2001; 32(8):725-31.
40. Fernández-Concepción O, Marrero-Fleitas M, Hernández-Díaz ZM, Turro-Fuentes MA. Calidad de vida en pacientes con ictus isquémico. *REV NEUROL.* 2009; 48(8):447-8.

Recibido: 10 de febrero de 2016.

Aprobado: 10 de junio de 2016.

ANEXO

Escala de calidad de vida para el Ictus (ecvi-38 versión final)

El propósito de este cuestionario es evaluar como el accidente vascular que usted sufrió, ha impactado en su salud y en su vida. Queremos saber desde SU PUNTO DE VISTA como esta enfermedad le ha afectado. Le haremos algunas preguntas acerca de los problemas causados por su enfermedad, y la manera en que se ha afectado su calidad de vida.

I. A continuación le presentamos un grupo de preguntas sobre problemas físicos que pueden presentar las personas que han sufrido un accidente cerebrovascular

1. ¿Cuánta dificultad tiene usted para o con...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Mover las extremidades	5	4	3	2	1
b. Utilizar las manos	5	4	3	2	1
c. Caminar	5	4	3	2	1
d. Mantener el equilibrio	5	4	3	2	1
e. Dolor o molestias físicas	5	4	3	2	1

2. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Hablar	5	4	3	2	1
b. Comunicarse con otras personas	5	4	3	2	1
c. Leer	5	4	3	2	1
d. Escribir	5	4	3	2	1

3. ¿Cuánta dificultad tiene usted en...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Su concentración	5	4	3	2	1
b. Su memoria	5	4	3	2	1
c. Su capacidad mental	5	4	3	2	1

II. A continuación le presentamos un grupo de preguntas sobre problemas emocionales o sentimientos que pueden experimentar las personas que han sufrido un ictus. Usted responderá cómo se siente

4. ¿Cómo se siente habitualmente en relación con su....?	Muy Mal	Mal	Regular	Bien	Muy Bien
a. Estado de ánimo	5	4	3	2	1
b. Vitalidad	5	4	3	2	1
c. Autoestima	5	4	3	2	1
d. Capacidad de mantener la calma	5	4	3	2	1
e. Control sobre sus emociones	5	4	3	2	1

5. ¿Con qué frecuencia siente usted.....?	Nunca	Muy poco tiempo	Parte del tiempo	Mucho tiempo	Siempre
a. Ganas de vivir	5	4	3	2	1
b. Confianza en el futuro	5	4	3	2	1
c. Sensación de ser útil	5	4	3	2	1
d. Sensación de tranquilidad	5	4	3	2	1
e. Confianza en sí mismo	5	4	3	2	1

III. Seguidamente le describimos un grupo de actividades de la vida cotidiana para cualquier persona en su vida personal, familiar y social. Usted responderá si tiene alguna dificultad para realizar las actividades que aparecen

6. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Su cuidado personal (vestirse, afeitarse, arreglarse)	5	4	3	2	1
b. Bañarse	5	4	3	2	1
c. Realizar sus actividades domésticas acostumbradas	5	4	3	2	1
d. Moverse libremente dentro de la casa	5	4	3	2	1

7. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
e. Moverse a lugares distantes de la casa	5	4	3	2	1
f. Realizar sus actividades de ocio, entretenimiento o recreación	5	4	3	2	1
g. Participar en actividades fuera del marco familiar	5	4	3	2	1
h. Participar en actividades de la comunidad	5	4	3	2	1

8. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Tener independencia económica	5	4	3	2	1
b. Aportar económicamente a la familia como antes	5	4	3	2	1
d. Elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos	5	4	3	2	1
e. Participar en las decisiones familiares	5	4	3	2	1

9. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Cumplir su papel como esposo o esposa	5	4	3	2	1
b. Sus relaciones sexuales	5	4	3	2	1
c. Realizar su actividad laboral	5	4	3	2	1

Finalmente nos interesa conocer cuánto se ha recuperado de su enfermedad

Estado de Salud General	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
¿En qué grado se ha recuperado de su enfermedad?	5	4	3	2	1