

## Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ictus isquémico. Hospital "Julio Díaz González"

### Health-related quality of life in patients with ischemic stroke. "Julio Díaz Gonzalez" Hospital

MSc. Dra. Yuseima Govantes Bacallao<sup>I</sup>, MSc. Dra. Tania Bravo Acosta<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Centro Nacional de Rehabilitación Hospital "Julio Díaz González". La Habana. Cuba

<sup>II</sup> Centro de Investigaciones Clínicas. Playa. La Habana .Cuba

---

#### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ictus isquémico y correlacionar el estado funcional con la calidad de vida.

**Métodos:** se realizó un estudio explicativo, cuasiexperimental y prospectivo de corte longitudinal en pacientes hospitalizados en el servicio de Lesiones Cerebrales del Centro Nacional de Rehabilitación Hospital "Julio Díaz González" en el período comprendido de enero-octubre de 2013 con diagnóstico clínico y/o radiológico de ictus isquémico. Se investigaron 75 pacientes se aplicó el Cuestionario de salud SF-36, el índice de Barthel y la escala de Rankin modificada al inicio y final de realizar el tratamiento rehabilitador protocolizado en el centro durante tres meses para comparar los resultados por cada dimensión y globales.

**Resultados:** La edad promedio fue 63,52 años, con predominio el sexo femenino. Los dominios más afectados desde el inicio fueron la función física, el dolor corporal y el rol físico con diferencias significativas al final del tratamiento. La mayoría reconoció tener limitada su salud con respecto al año anterior luego del ictus con una mejoría al término del tratamiento. Fue significativo el inicio precoz del tratamiento con la mejoría global de la CVRS al final del mismo, además el impacto fue más notable en pacientes mayores de 50 años y más significativo mientras más afectada estaba la CVRS al inicio. El estado funcional inicial se comportó como un valor pronóstico para la mejoría de la CVRS al final del tratamiento.

**Conclusiones:** la rehabilitación precoz mejora la calidad de vida relacionada con la salud y el estado funcional de los pacientes con ictus isquémico.

**Palabras clave:** ictus isquémico, calidad de vida, neurorehabilitación.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate health-related quality of life in patients with ischemic stroke and to correlate the functional state with the quality of life.

**Methods:** An explanatory, quasi-experimental and prospective study of longitudinal court in patients admitted in the Cerebral Injury Service of National Center of Rehabilitation "Julio Diaz Gonzalez" in the understood period of January-October of 2013 carried out. Seventy-five (75) patients were investigated, the questionnaire SF-36, Barthel Index, and Rankin scale was applied to the beginning and final of the rehabilitative treatment protocolized in the center during three months to compare the results for each dimension and global.

**Results:** The age average was 63.52 years, with prevalence the feminine sex. The domains more affected from the beginning were the physical function, the corporal pain and the physical list with significant differences at the end of the treatment. Most recognized to have limited their health with regard to the previous year after the stroke with an improvement at the end of the treatment. It was significant the precocious beginning of the treatment with the global improvement of the CVRS at the end of the same one, the impact was also more remarkable in patient bigger than 50 years and this more significant while more affected one the CVRS was. The state functional initial behaved as a value presage for the improvement from the CVRS to the end of the treatment.

**Conclusions:** The rehabilitation improves the quality of life and the functional state of the patients with ischemic stroke.

**Keyword:** ischemic ictus, quality of life, neurorehabilitación.

---

## INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular se encuentra entre las enfermedades con mayor incidencia, cuyas consecuencias dependerán del lugar y el tamaño de la lesión. Otras denominaciones para este cuadro son los términos ataque cerebral, stroke o ictus. Constituye una gran carga social, sanitaria y económica que genera una importante demanda de cuidados integrales y de inversión tanto para el paciente como para su familia; igualmente repercute sobre la calidad de vida del paciente y sus cuidadores, tal y como ocurre con los otros tipos de enfermedades crónicas y tratamientos.<sup>1</sup>

De manera general representa un problema de salud mundial con tendencia creciente, su espectro de afectaciones es muy amplio. Además de las limitaciones físicas, se asocia a problemas en la esfera emocional con alta frecuencia de depresión (> 50 %); y o deterioro cognitivo de diverso grado (35 %), siendo la segunda causa más frecuente de demencia.<sup>2</sup>

Considerada la enfermedad neurológica más común, causa más muertes y discapacidad que cualquier otra enfermedad. A pesar de las estadísticas relacionadas con el número de personas incapacitadas, hoy día aumenta el número de personas que sobrevive al ictus y que consigue rehacer su vida a pesar de las secuelas.<sup>3</sup>

---

En Cuba la enfermedad cerebrovascular constituye la tercera causa de muerte desde hace décadas con tasas que aumentan progresivamente.<sup>4</sup> En la actualidad existe una explosión en la literatura médica sobre la inclusión de las opiniones de los pacientes de los servicios médicos para evaluar las percepciones del estado de salud. Prevalece un gran consenso donde los beneficios obtenidos como consecuencia de las intervenciones sanitarias no deben valorarse teniendo en cuenta únicamente el tiempo de supervivencia sino también la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los individuos durante el tiempo de supervivencia.<sup>5</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida (CV) de un paciente se define como la "percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual vive con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones."<sup>6</sup> Es un concepto que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno. En gran medida se determina por la capacidad de los pacientes para mantener su autonomía e independencia.<sup>7</sup>

Muchos expertos coinciden en que no existe un instrumento ideal y único para evaluar todas las aristas de la calidad de vida, a pesar de esto actualmente son varias las escalas empleadas con este fin.

La investigación de CVRS en el ictus permite percibir las reacciones del paciente ante la enfermedad y evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Los efectos de un tratamiento en el ictus deberían medirse en términos de CV, además de incapacidad y supervivencia.<sup>8,9</sup>

La mayor parte de los trabajos publicados en el área de CV e ictus se han desarrollado con medidas genéricas, como el Sickness Impact Profile (SIP), el Cuestionario de salud SF-36, el EuroQOL, y el perfil de salud de Nottingham.<sup>10</sup>

El Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de CVRS más utilizados y evaluados, es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general.<sup>11</sup>

Existe un consenso general sobre la idea de que los efectos del tratamiento deben medirse en términos de CV tanto como de cantidad de supervivencia.<sup>6</sup> Los avances médicos pueden prolongar la vida, pero es importante conocer la naturaleza de esa "nueva vida". Sin la evaluación de la CVRS, un tratamiento puede estimarse exitoso a pesar de un funcionamiento psicosocial pobre o de una mala adaptación a la enfermedad.<sup>12</sup>

Conforme se desarrollan ensayos clínicos con nuevos fármacos en la fase aguda del ictus, cada día se hace más necesario contar con instrumentos y escalas específicas que evalúen los resultados del tratamiento del ictus de un modo centrado en el paciente, por tales razones se decide realizar esta investigación con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud mediante el instrumento SF-36 a pacientes que han padecido ictus isquémico luego de realizar un tratamiento rehabilitador y la correlación entre el estado funcional al inicio del mismo y su influencia en la CV.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, explicativo cuasiexperimental de corte longitudinal, en pacientes con diagnóstico clínico y/o radiológico de ictus isquémico hospitalizados en el servicio de Lesiones Cerebrales del Centro Nacional de Rehabilitación Hospital "Julio Díaz González" en el período comprendido de enero a octubre de 2013. El universo de estudio estuvo integrado por todos los pacientes que ingresaron en el servicio de Lesiones Cerebrales del Centro Nacional de Rehabilitación Hospital "Julio Díaz González" con diagnóstico clínico y/o radiológico de ictus isquémico, durante el periodo comprendido en el estudio independientemente del lugar de residencia.

La muestra estuvo constituida por 75 pacientes que ingresaron en el mencionado servicio, con criterios clínicos y radiológicos de ictus isquémico que manifestaron su deseo de participar en el estudio. Se excluyeron los pacientes que no desearon participar en la investigación, también los que presentaron descompensación de su estado de salud para realizar el tratamiento o que no terminaron el tratamiento rehabilitador por alguna otra causa y aquellos que presentaban trastornos psicóticos o defectuales que les impidió contestar los cuestionarios aplicados en la investigación.

Se realizó interrogatorio, examen físico y revisión de la historia clínica para la recolección de datos generales a todos los pacientes.

Se aplicó una ficha clínica confeccionada al efecto que recogía los aspectos clínicos, sociodemográficos y epidemiológicos, además del instrumento a evaluar, diseñado en un esquema didáctico para facilitar la recolección de los datos tanto al inicio como al final del tratamiento.

Se aplicó una ficha clínica con los aspectos clínicos, sociodemográficos y epidemiológicos, el índice de Barthel, la escala de Rankin modificada y el *Cuestionario de CVRS SF-36* al inicio, y final de la rehabilitación según el Protocolo de tratamiento de las Lesiones Cerebrales vigente en el Centro Nacional de Rehabilitación Hospital "Julio Díaz González" que incluyó un periodo entre 8-12 semanas según las características del paciente, tratamiento de enfermería de rehabilitación, kinesiología, mecanoterapia, tratamiento psicológico, logofoniatría, danzoterapia y uso de medios físicos según fuera necesario.

### Criterios de evaluación

Para la evaluación del *Cuestionario de CVRS SF-36* se sumaron las puntuaciones correspondientes a cada dimensión, cada una se calificó de 0 a 100 puntos y de igual manera cada pregunta dentro del dominio se evaluó sobre la base de 0 a 100 puntos.

Se obtuvieron resultados individuales y globales que fueron comparados al inicio y final del tratamiento. Se consideró la puntuación 0 como el peor estado, obtenida cuando todas las respuestas de la dimensión fueron negativas. La puntuación de 100 puntos mejor estado, resultó cuando todas las respuestas en la dimensión analizada fueron positivas.

Los valores intermedios se hallaron de la división del el número de respuestas positivas entre el número de ítems de la dimensión en cuestión multiplicado por 100. La puntuación final se conformó con el promedio de todos los dominios.

Para la evaluación del estado funcional con la escala de Rankin modificada para determinar el grado de discapacidad neurológica tras el ictus; según el nivel se asignó una puntuación comparando los resultados al inicio y final del tratamiento de:

- Grado 0 - Asintomático.
- Grado 1 - Muy leve.
- Grado 2 - Leve.
- Grado 3 - Moderada.
- Grado 4 - Moderadamente grave.
- Grado 5 - Grave.
- Grado 6 - Muerte.

Para la evaluación de la dependencia para las actividades de la vida diaria con el índice de Barthel al inicio y final del tratamiento rehabilitador se clasificó de la manera siguiente:

- 100 puntos independencia.
- >60 puntos dependiente leve.
- 55-40 puntos dependiente moderado.
- 35-20 puntos dependiente severo.
- <20 puntos dependiente total.

Se correlacionaron los resultados de la CV al final del tratamiento con los resultados del estado funcional al inicio del mismo (Escala de Rankin modificada e índice de Barthel) y el tiempo de evolución del ictus para determinar la influencia que tienen estas variables en el resultado final de la CV de los pacientes con ictus una vez realizado el tratamiento rehabilitador.

### **Recolección de los datos**

Se utilizó la correlación de Pearson para analizar la asociación entre los cuestionarios, prueba t de Student, la prueba de pares igualados y rangos señalados de Wilcoxon para comparar las distintas variables antes y después del tratamiento). Las pruebas se realizaron con un nivel de significación preestablecido  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

Se evaluaron 75 pacientes, el 66,7 % de todos los casos fue mayor de 60 años con una edad promedio de 63,52 años, con una desviación estándar de 5,879 y predominio el sexo femenino (56,0 %). El nivel de escolaridad que prevaleció fue por encima de noveno grado (61 %). El color de la piel más frecuente fue la raza blanca seguida de la mestiza con un 50,7 %. El 52 % de los pacientes era dependiente económicamente en el momento de sufrir el ictus isquémico.

Los factores de riesgo fueron más frecuentes detectados fueron la hipertensión arterial y la dislipidemia en el sexo femenino y el tabaquismo más frecuentes en hombres (69,7 %). La parálisis, los trastornos de la sensibilidad, del lenguaje y las alteraciones psicológicas fueron los síntomas discapacitantes de mayor porcentaje presentes en la muestra y la complicación más frecuente fue la espasticidad con una desviación estándar de 13,77, seguida de la subluxación del hombro. En el sexo femenino predominaron los trastornos psicológicos y el dolor.

Los datos aportados en la investigación sobre la evaluación de la CVRS en los pacientes con ictus se recogen en la tabla 1. Al comprar los resultados obtenidos hubo diferencias significativas entre la CV percibida por los pacientes al inicio y al final del tratamiento rehabilitador. De forma general todos los pacientes estaban limitados en el momento de la evaluación inicial con promedios en los dominios entre 40 y 70. Los más afectados fueron la función física (FF), el dolor corporal (DC) y el rol físico (RF); con una puntuación global de 54,1. Cabe señalar que contradictoriamente la vitalidad y la salud general de estos pacientes obtuvieron los mayores resultados, lo cual puede estar relacionado con la compensación clínica que deben tener para enfrentarse al tratamiento rehabilitador.

**Tabla 1.** Distribución de pacientes según resultados de calidad de vida alcanzados por dominios del cuestionario SF-36 al inicio y final del tratamiento rehabilitador.

Cuestionario SF-36 Dominios	Inicio	Final	
Función física	41,3	54,2 *	Cuestionario de salud física
Rol físico	54,0	62,4 *	
Dolor corporal	44,0	64,0 *	
Salud general	76,2	76,3 *	Cuestionario de salud mental
Vitalidad	65,3	66,3 *	
Función social	59,7	65,1	
Rol emocional	63,1	91,5 *	
Salud mental	62,0	68,5 *	
Total	54,1	64,4 *	

(\*)  $p \leq 0,05$

Fuente: Base de datos

Al comparar los resultados entre los dominios se obtuvieron diferencias estadísticamente significativa, en la función física, el dolor corporal, el rol físico, el

rol emocional y la función social que fueron los más comprometidos al inicio de la rehabilitación y afectaban la puntuación global de la CVRS. Los resultados obtenidos en la mejoría de estos dominios al final del tratamiento represento un cambio importante en la percepción de los. Tanto en el rol físico como el rol emocional con respecto al trabajo se evidenció una disminución de la actividad y el tiempo de trabajo desempeñado por los pacientes después del ictus, con mejoría al finalizar la rehabilitación.

Asimismo la salud mental demostró tendencia ocasional a la depresión (con promedio de 62). Sin embargo, al final del tratamiento hubo una mejoría significativa a la recuperación emocional, condicionado por la mejoría en el resto de los roles. Otro aspecto que estuvo afectado fue la actividad social, la mayoría reconoció afectación en esta esfera luego del ictus y con impacto poco significativo al finalizar el tratamiento.

La salud percibida por el paciente en el momento de la evaluación, en comparación con el año anterior, quedó reflejado en la tabla 2. El 58,7 % de los pacientes reconoció estar más enfermo en ese momento que un año atrás y ninguno se sintió mucho mejor, solo el 1,3 % refirió sentirse algo mejor que el año anterior. Al final del tratamiento hubo una mejoría significativa, el 66,7 % de los pacientes reconoció sentirse mejor con respecto al inicio del tratamiento y solo el 22,7% de los pacientes se sintió más enfermo que al año anterior luego de culminar el tratamiento rehabilitador.

**Tabla 2.** Distribución de pacientes ingresados según la percepción de transición de salud notificada de su calidad de vida comparada con un año antes al inicio y final del tratamiento rehabilitador.

Transición de salud	Inicio		Final		DE
	n	%	n	%	
Mucho mejor ahora que hace un año	0	0,0	0	0,0	0,0
Algo mejor ahora que hace un año	1	1,3	5	6,7	2,8
Más o menos igual que hace un año	7	9,3	3	4,0	2,8
Algo peor ahora que hace un año	23	30,7	50	66,7	19,1
Mucho peor ahora que hace un año	44	58,7	17	22,7	19,1

Fuente: Base de datos

Al correlacionar el tiempo de evolución del ictus isquémico con la CV percibida al final del tratamiento, se observó que los promedios de puntuación global al inicio fueron semejantes en todos los pacientes que se encontraban entre 50 y 60 puntos como promedio (Tabla 3).

**Tabla 3.** Distribución de pacientes ingresados según tiempo de evolución del ictus isquémico y la calidad de vida percibida al inicio y final del tratamiento rehabilitador.

Tiempo de evolución del ictus isquémico	Inicio tratamiento	Final tratamiento
Menos 3 meses	52,8	63,8 *
3-6 meses	52,2	63,2 *
Más 6 meses	56,2	65,6 *

(\*)  $p \leq 0,05$

Fuente: Base de datos

En todos los casos fue significativo el inicio precoz del tratamiento con la mejoría final global de la CV. Sin embargo no hubo significación estadística entre los diferentes grupos según el tiempo de evolución del ictus que permita afirmar que existe una relación entre esta variable al inicio del tratamiento y el resultado final en la percepción del cambio en CV del paciente. Al parecer el impacto mayor estuviera en el tratamiento realizado en sí y no el tiempo de duración de la enfermedad.

Al correlacionar las medias encontradas en cada dominio del cuestionario SF-36, según grupos de edades, para evaluar el impacto del ictus isquémico en la CV de estos pacientes, es posible observar (Tabla 4) que hubo diferencias estadísticamente significativas entre la CV en los grupo mayores de 50 años. La FF, el RE y el DC estuvieron limitados desde el inicio del tratamiento y su mejoría, al final del tratamiento, fue reveladora, con incidencia en su cambio, incluso en la CV global de los pacientes. Otros dominios que tuvieron cambios significativos fueron el RF, la SM y la FS en los pacientes entre 50-59 años; la diferencia fue significativa en la función física en los menores de 30 años.

La asociación entre el estado funcional al inicio el tratamiento y la calidad de vida percibida por el paciente al inicio y final del mismo se muestran en las tablas 5 y 6, Se tomaron como referencia los valores obtenidos al inicio del tratamiento en cada uno de las escalas y se compararon con los resultados finales del cuestionario.

Como se observa en la tabla 5, en todos los grados de discapacidad neurológica identificados por la escala Rankin modificada, hubo diferencias significativas entre la CV al inicio y al final del tratamiento, que resultó mayor a medida que empeoraba el grado de discapacidad, donde a mayor discapacidad neurológica luego del ictus, mayor impacto en el cambio de la CV del paciente después de realizado el tratamiento rehabilitador.

Resultados semejantes se obtuvieron en la evaluación de la independencia funcional para las AVD al inicio del tratamiento y los cambios en la CV tanto al inicio como al final del mismo (Tabla 6).

**Tabla 4.** Distribución de pacientes por grupos de edades según calidad de vida percibida al inicio y la final del tratamiento.

Dominios	Inicio	Menos 30 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	60-69 años	Más 70 años
	Final						
Función física	FF I	76,5	53,0	56,7	33,0	37,2	35,4
	FF F	78,0*	63,5	60,0	59,7*	50,5*	50,8*
Rol físico	RF I	75,0	50,0	66,7	55,6	52,9	51,1
	RF F	75,0	56,5	66,7	63,3	69,4*	53,0
Dolor corporal	DC I	18,0	32,0	45,3	56,1	56,3	59,0
	DCF	18,0	76,0	39,3	37,8*	36,3*	36,9*
Salud general	SG I	72,0	76,0	74,7	78,9	74,6	76,4
	SG F	72,0	76,0	73,3	77,8	74,5	77,8
Vitalidad	V I	71,0	69,0	64,3	65,9	66,0	63,6
	V F	73,0	65,0	61,3	66,4	64,9	67,9
Función social	FS I	65,0	60,0	60,0	61,7	60,0	57,5
	FS F	65,0	65,0	60,0	63,9	67,3*	64,2*
Rol emocional	RE I	50,0	75,0	83,3	72,2	52,8	54,2
	RE F	100,0	100,0	100,0	88,9*	94,8*	87,5*
Salud mental	SM I	70,0	70,0	66,7	63,2	63,1	58,0
	SM F	65,0	68,5	69,0	70,6	67,1*	68,7*
Total	T I	54,7	54,7	57,3	58,4	51,8	51,8
	T F	64,8	64,8	64,7	66,2*	63,6*	63,6*

(\*)  $p \leq 0,05$

Fuente: Base de datos

**Tabla 5.** Distribución de pacientes según estado funcional por escala de Rankin modificada (mRS) al inicio del tratamiento y la calidad de vida al inicio y final del mismo.

Escala de Rankin modificada (mRS)	CV inicio	CV final
Grado 0 asintomático	61,70	67,80 *
Grado 1 muy leve	59,30	65,30 *
Grado 2 leve	55,10	64,60 *
Grado 3 moderado	49,20	63,20 *
Grado 4 moderadamente grave	53,90	63,80 *

(\*)  $p \leq 0,05$

Fuente: Base de datos

**Tabla 6.** Distribución de pacientes según estado funcional por índice de Barthel al inicio del tratamiento y su calidad de vida al final del mismo.

Índice De Barthel	CV Inicio	CV Final
Independiente	62,50	67,30
Dependiente leve	57,20	66,40 *
Dependiente moderado	50,70	62,80 *
Dependiente severo	50,20	64,20 *
Dependiente total	53,50	62,60 *

(\*)  $p \leq 0,05$

Fuente: Base de datos

Es posible observar que la diferencia en la CV en ambos momentos fue significativa, con el mayor impacto en los pacientes con dependencia entre leve y severa. En los pacientes independientes, el tratamiento rehabilitador no representó un cambio significativo en su CV global, al igual que en los pacientes que comenzaron el tratamiento siendo dependientes totales, a pesar de mejorar su CV y funcionalidad con el tratamiento, esta no resultó tan significativa como en los otros grados de dependencia, en concordancia con lo planteado otros autores.<sup>20</sup>

## DISCUSIÓN

Muchos estudios han evaluado la CV del paciente posterior al ictus isquémico con el fin de valorar el impacto de esta enfermedad en la CV de los mismos.<sup>3, 9, 13, 14, 16, 17,</sup> No constituye objetivo de este trabajo hacer referencia a todos, por lo que solo se señalan algunos que, por su metodología, guardan relación con el nuestro.

En estudio realizado en Barranquilla encontraron limitación en la mayor parte de las actividades en los diferentes niveles con cifras promedio en cada dominio por debajo de las nuestras, la FF en 24,3 en comparación con 41,3 de nuestra muestra y así sucedió con el resto de los dominios; RF 34,1, DC 67,5, V 38,3, etc.<sup>17</sup>

Maia detectó en su investigación un promedio de capacidad funcional de 56,2, salud mental en 56,6 y el dolor en 55,9 por encima de nuestro promedio, Los dominios menos afectados fueron la salud mental, los aspectos mentales y la salud general.<sup>13</sup>

Gana, por su parte, al igual detectó la mayor limitación en la FF con 68 t la vitalidad con 66. Los ítems menos afectados fueron el dolor corporal, el rol emocional y la salud mental.<sup>18, 19</sup> En su investigación tuvo resultados análogos a los nuestros, con respecto a la percepción de la salud observó que el mayor porcentaje de pacientes se sentía enfermo pre y post ictus (54,2% y 44,1%) respectivamente y solo el (33,9%) tuvieron la percepción de haber empeorado actualmente, son resultados similares ya que en nuestra muestra más del 22% refirió sentirse peor en comparación con el año anterior.<sup>19</sup>

Llama la atención que son los grupos mayores de 50 años los que tienen valores promedios más bajos de percepción en la CV al inicio del tratamiento y los que al final mejoran significativamente su CV en comparación con el inicio. Con estos resultados se pudiera decir que el impacto del tratamiento rehabilitador en la CV de los pacientes con ictus es más notable en los mayores de 50 años y se hace más significativo mientras más afectada este la CV global del paciente. También se pudiera plantear que, si estadísticamente se mejora la función física y el dolor corporal en los pacientes con ictus, se mejora indirectamente su CV.

En el estudio de Gana la relación de la CV con la edad presenta los promedios más bajos en los pacientes mayores de 50 años en todos los dominios, afectando globalmente tanto la salud física como la mental, en este caso la investigación solo se realiza en un momento y no es posible relacionar sus resultados con los nuestros luego de alguna intervención.<sup>19</sup>

En la literatura revisada no se encontraron estudios que permitieran comparar la influencia que el estado funcional tiene en la CVRS de los pacientes con ictus isquémico luego de realizar una terapia rehabilitadora, para cotejar sus resultados con los nuestros. No obstante los resultados obtenidos en este aspecto tienen valor estadístico y permiten inferir que el estado funcional luego de sufrir un ictus isquémico al inicio de un tratamiento rehabilitador, influye en la mejoría de la CVRS relacionada con la salud de los pacientes, comportándose a largo plazo esta variable como un valor predictivo de la funcionalidad de estos pacientes.

## CONCLUSIÓN

La mayoría de los pacientes fueron mayores de 60 años con predominio del sexo femenino, e iniciaron la rehabilitación antes de los seis meses del ictus isquémico.

La CV estuvo afectada desde el inicio y mejoró al finalizar el tratamiento. Esta mejoría estuvo relacionada con el estado funcional al inicio del tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moyano AV. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. Rev Hosp Clín Univ Chile 2010; 21: 348 – 55.
2. Rehabilitación de adultos con enfermedad vascular cerebral. México: Secretaría de Salud; 2009. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
3. Martins O, Ribeiro JP, Garrett C. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. Rev Neurol 2006; 655-9.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2012.
5. Fernández-Concepción O, Román-Pastoriza Y, Álvarez-González MA, Verdecia-Fraga R, Ramírez-Pérez E, Martínez-González-Quevedo J, Buergo-Zuaznábar MA.

Desarrollo de una escala para evaluar la calidad de vida en los supervivientes a un ictus. *Rev Neurol* 2004; 39 (10): 915-23.

6. WHOQL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 2000; 28:551-8.

7. Badia Llach X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27:2-6.

8. Carod-Artal FJ. Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. *Rev Neurol* 2004; 39 (11): 1052-1062.

9. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, Richard AL, Macdonell A. Quality of life after stroke. The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke* 2004; 35:2340-5.

10. Ruiz de Velasco I; Quintana JM; Padierna JA; Aróstegui I. Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 17:4;206-12.

11. Ware JE, SF-36 health survey update. *Spine*. 2005;25: 3130-9.

12. Fernández-Concepción O, Ramírez-Pérez E, Álvarez MA, Buergo-Zuaznábar MA, Validación de la escala de calidad de vida para el ictus (ECV1-38). *Rev Neurol* 2008; 46:147-52.

<sup>13</sup> Maia ACR, Costa AP, Evaluación neuropsicológica de calidad de vida (ENCV) en pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) *Rev Gallego-portuguesa de psicología y educación* 2007;15: 2.

14. Suárez-Escudero JC, Restrepo Cano SC, Ramírez EP, Bedoya CL, Jiménez I. Descripción clínica, social, laboral y de la percepción funcional individual en pacientes con accidente cerebrovascular. *Acta Neurol Colomb* 2011; 27:97-105.

15. Cardona Banegas B, Amador C. Calidad de vida en pacientes supervivientes a un ictus isquémico. *Rev Médica de los Postgrados de Medicina UNAH* 9, Mayo - Agosto 2007.

16. 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; 47 (7): 391-8.

17. Aysa Silva H, Pirela CT, Álvarez Escobar A, Londoño Luján M, Alonso LM. Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia), PSalud Uninorte, Barranquilla, 2009: 25 (1): 73-9.

18. Díaz-Tapia V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo-Muñoz A, Illanes-Díez S. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico, *Rev Neurol* 2008; 46 (11): 652-5.

19. Gana JJ, Sobarzo G, Estudio de calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico. [Tesis]. Universidad de Chile, 2006.

20. Arias A, Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicla Clin* 2009; 70:25-40.

21. Durà Mata MJ, Molleda Marzo C, García Almazán C, Mallol Badellino J, Calderon Padilla V. Factores pronósticos en el ictus. De la fase aguda a los tres años. *Rehabilitación* 45:1, January–March 2011,18–23.
22. Fernández-Concepción O, Ramírez-Pérez E, Álvarez MA, Buergo-Zuaznábar MA. Validación de la escala de calidad de vida para el ictus (ECV1-38) *Rev Neurol* 2008; 46:147-52.
23. Alfonso Urzúa M. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile* 2010; 138: 358-65.
24. Rankin J (mayo de 1957). "Los accidentes cerebro-vasculares en pacientes mayores de 60 años, II, Pronóstico", *Scott. J Med* 2 (5): 200-15.
25. De Haan R, Horn J, Limburg M, Van der Meulen J, Bossuyt P. A comparison of five stroke scales with measures of disability, handicap, and quality of life. *Stroke* 2008; 24: 1178-81.
26. Murie-Fernández M, et al, *Neurorrehabilitación tras el ictus. Neurología.* 2010; 25(3):189-96.
27. Bermejo Pareja F, Porta-Etessam J, Díaz Guzmán J, Martínez-Martín P. Más de cien escalas en neurología. Serie manuales Biblioteca Aula Médica. 2008.
28. Vilagut G, et al. El Cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005;19 (2):135-50.

Recibido: 1 septiembre 2014  
Aprobado: 5 noviembre 2014

Dra. Yuseima Govantes Bacallao. Centro Nacional de Rehabilitación Hospital "Julio Díaz González". La Habana. Cuba. Email: ygovantes@infomed.sld.cu