

Tratamiento neurorehabilitador y calidad de vida de pacientes con ictus isquémico

Neurorehabilitation treatment and quality of life in patients with ischaemic ictus

Orisel Bolaños Abrahante^I, Tania Bravo Acosta^{II}, Dania del Carmen Fernández Gutiérrez^{III}, Isis Pedroso Morales^I, Haymee Rodríguez Lara^I, Janet Seoane Piedra^{IV}

^ICentro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. La Habana. Cuba.

^{II}Centro de Investigaciones Médicas. La Habana. Cuba.

^{III}Centro Internacional de Restauración Neurológica. La Habana. Cuba.

^{IV}Centro Internacional de Salud La Padrera (CIS).Playa. La Habana. Cuba.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el tratamiento neuro rehabilitador en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes con ictus isquémico.

Métodos: se realizó un estudio explicativo cuasi-experimental en pacientes con diagnóstico de ictus isquémico que fueron hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) en el período comprendido de enero a noviembre de 2015. Se investigaron 30 pacientes a los cuales se les aplicó el Cuestionario SF-36. Se compararon los resultados al inicio y un mes después del tratamiento rehabilitador.

Resultados: predominó el sexo masculino, mayores de 55 años, de raza blanca, de escolaridad preuniversitario, que vivían mayoritariamente acompañados, independientes económicamente. La mayor frecuencia fue la hemiplejía derecha, de predominio braquial y de dominancia derecha. La función física, el rol físico y el dolor fueron las funciones más afectadas al inicio, al finalizar el tratamiento la salud general y la vitalidad no presentaron cambios significativos.

Conclusiones: el tratamiento neurorehabilitador mejora la calidad de vida de los pacientes con ictus isquémico.

Palabras clave: ictus isquémico; calidad de vida; neurorehabilitación.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the neurorehabilitation treatment in the improvement of the quality of life in patients with ischaemic ictus.

Methods: An explanatory, quasi-experimental study in patients with ischaemic ictus admitted in the service of Internal Medicine in the Medical-Surgical Investigations Center in the understood period of January-November of 2015 was carried out. Thirty patients were investigated, the questionnaire SF-36 was applied. The initial results and the results of a month after the rehabilitation treatment were compared.

Results: There was prevalence of the masculine sex, over 55 years old, white skin, with pre-university education, mostly living with company, economically independent. Right hemiplegia had the highest frequency, with brachial prevalence and right dominance. Physical function, physical list and pain were the most affected functions at the beginning; at the end of the treatment general health and vitality didn't present important changes.

Conclusions: Neurorehabilitation treatment improves the quality of life in patients with ischaemic ictus.

Keyword: ischaemic ictus; quality of life; neurorehabilitation.

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) se encuentra entre las enfermedades con mayor incidencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ que define el accidente cerebrovascular como el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral, con síntomas de 24 h o más de duración, o que lleven a la muerte, sin otra causa que el origen vascular.²

El ACV es considerado la tercera causa de muerte y la principal causa de discapacidad alrededor del mundo. La alta incidencia y prevalencia de sobrevivientes, la gran discapacidad generada en la población y el alto costo económico que produce en la sociedad, hacen del ACV isquémico un problema de salud pública.³

Constituye la enfermedad neurológica más común y primera causa de discapacidad en la población adulta. Desde la perspectiva de la rehabilitación, el accidente cerebrovascular es un gran generador de discapacidad, tanto física como cognitiva. De la población que sufre ACV, del 15% al 30 % resulta con un deterioro funcional severo a largo plazo, lo que implica un alto grado de dependencia de terceros, lo cual repercute muy significativamente en la familia y en la comunidad.⁴

En Cuba, al igual que en los demás países, se comporta como la tercera causa de muerte. En el año 2010 hubo 9 763 fallecidos con una tasa de 86,9 por cada 100 000 habitantes, lo que representa 4,1 años de vida potencial perdidos (AVPP) por 1 000 habitantes de 1-74 años.⁵

Se han asociado factores genéticos, biológicos, medioambientales y comorbilidades como diabetes mellitus tipo 2 (DM), hipertensión arterial (HTA), infarto agudo de

miocardio (IAM), fibrilación auricular (FA) y dislipidemia, como factores de riesgo clásicos para ACV isquémico. A partir de estudios poblacionales se ha determinado que la raza y el género son factores biológicos no modificables que ejercen un efecto importante sobre la presentación y el curso natural de la enfermedad.

La calidad de vida (CV) es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales. Bajo este concepto, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico.⁶

La incorporación de la medida de la CV relacionada con la salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones realizadas al concepto de calidad de vida, incorporando la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida, confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

La investigación en CV en el ictus resulta útil para comprender las reacciones del paciente ante la enfermedad, y también para 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. La mayor parte de los estudios sobre CV en el ictus se han realizado con instrumentos genéricos, como el perfil de las consecuencias de la enfermedad (SIP) o el perfil de salud SF-36.⁷

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.⁸

En la actualidad conocer y aplicar los instrumentos genéricos y específicos aceptados como instrumentos válidos y algunos de ellos traducidos al castellano, es de amplia utilización en la práctica asistencial porque podría proporcionar una idea real de cómo un tratamiento determinado repercute sobre la CV de los pacientes estudiados.⁹

Teniendo en cuenta la necesidad de evaluar los resultados del tratamiento en pacientes pos evento cerebrovascular isquémico, se decide realizar la investigación con el objetivo de evaluar el estado funcional y la CV relacionada con la salud a través del instrumento SF-36 en pacientes que han padecido ictus isquémico y relacionar estas determinaciones con características sociodemográficas.⁹

Sobre la base de estos argumentos se decide realizar la presente investigación con el objetivo de evaluar la CV relacionada con la salud a través del instrumento SF-36 en pacientes que han padecido ictus isquémico y relacionar estas determinaciones con características sociodemográficas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio explicativo cuasi-experimental en pacientes con diagnóstico de ictus isquémico en el período comprendido de enero a agosto de 2015. El

universo estuvo formado por todos los pacientes (50) que ingresaron en el servicio de medicina interna del CIMEQ con el diagnóstico clínico y/o radiológico de ictus isquémico, independientemente del lugar de residencia y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La muestra estuvo constituida por 30 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión de la muestra, que manifestaron su deseo de participar en el estudio y pacientes con diagnóstico confirmado clínico y/o radiológico de ictus isquémico. Se excluyeron a pacientes que no desearon participar en la investigación, aquellos que se encontraban descompensados para realizar el tratamiento, a los que no terminaron el tratamiento rehabilitador y los que se diagnosticaron con trastornos psicóticos o defectuales que les impidió contestar los cuestionarios aplicados en la investigación.

Se realizó un interrogatorio, examen físico y se revisó la historia clínica para la recolección de datos generales previo consentimiento del paciente. Se aplicó una ficha clínica confeccionada al efecto que recogió los aspectos sociodemográficos y epidemiológicos.

Se indicó un programa de rehabilitación que se dividió en dos etapas durante el ingreso en sala y luego al alta hospitalaria que consistió en tratamiento postural, kinesiología, equilibrio y ambulación; se estructuró de acuerdo al protocolo aprobado en el hospital para el paciente con enfermedad cerebrovascular.

Se aplicó al inicio y final del tratamiento rehabilitador el cuestionario de CV relacionada con la Salud SF-36 que valora los estados tanto positivos como negativos de la salud percibida por el paciente. Consta de 36 ítems de elección múltiple cuyas respuestas permiten calcular la puntuación de cada persona en ocho escalas o dominios, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento: función física (10 ítems), rol físico (4 ítems), dolor corporal (2 ítems), salud general (5 ítems), vitalidad (4 ítems), función social (2 ítems), rol emocional (3 ítems) y salud mental (5 ítems), Ítem de transición de salud (1 ítems). Cada una de las escalas son el resultado de la agrupación de determinadas preguntas del cuestionario, y la puntuación final se entrega en un rango de 0 a 100 para cada una de estas. Cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud: 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud.

Al egreso de los pacientes fueron evaluados por el médico especialista en medicina física y rehabilitación. Se indicó continuar el tratamiento en el área de salud durante cuatro semanas y de nuevo se reevaluaron y aplicaron los cuestionarios. Dichos pacientes continuaron atendándose en consulta especializada durante un año después de la enfermedad cerebrovascular, aunque este estudio solo incluyó hasta un mes posterior al egreso de los pacientes, por lo que el programa de rehabilitación se extendió entre el ingreso y la rehabilitación en su área de salud entre 45-50 días.

Criterios de evaluación

Para la evaluación de la CV se tuvieron en cuenta los resultados de la aplicación del cuestionario de salud SF-36 se asumió que cada dimensión se califica de 0 a 100 puntos y de esa misma manera cada pregunta dentro del dominio se evaluará sobre la base de 0 a 100, considerando 100 como el mejor estado de salud y 0 como el peor. La puntuación 0, es el peor estado, la obtiene cuando todas las respuestas de la dimensión son negativas. La puntuación de 100 puntos mejor estado, es cuando todas las respuestas en la dimensión analizada son positivas. Los

valores intermedios se hallaron dividiendo el número de respuestas positivas entre el número de ítems de la dimensión en cuestión multiplicado por 100.

Recolección de los datos

Se utilizaron medidas descriptivas de resumen: porcentajes, media, mediana, desviación estándar, de acuerdo al tipo de variable, técnicas de análisis (correlación de Spearman para analizar la asociación entre los cuestionarios, la prueba de Mann Whitney para la comparación entre dos muestras independientes, la prueba de Kruskal Wallis para la comparación entre más de dos muestras independientes y 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 de 0,05.

RESULTADOS

En el presente trabajo la distribución de los pacientes según las características demográficas el sexo masculino fue el más frecuente para el 66,7 %. Se observó que el 53,3 % de los pacientes estudiados tenían más de 75 años con una media de 73,6, a pesar de que los reportes sugieren que las mujeres predominan en la mediana edad. En relación al color de la piel en este estudio predominó la raza blanca en el 70%, aunque estudios demográficos refieren que la raza negra tiene mayor prevalencia al ictus. En la variable nivel de escolaridad se encuentra que el 30 % es preuniversitario y solo el 10 % universitario.

El 83,3 % vivía acompañado. El 63,3 % de la muestra eran independientes. La mayoría de estos pacientes viven acompañados, lo que en parte representa una integración de ayuda psíquica y social, de apoyo del familiar a enfrentar una discapacidad que no es lo mismo que validismo del paciente. El estado nutricional predominante en el estudio fueron los pacientes con valores dentro de los límites normales para un 76,7 %. Un buen estado nutricional es sinónimo de mejoría de la discapacidad, recuperación de los objetivos a plantear y evitar comorbilidades.

Los factores de riesgo modificables o no, demostró que la hipertensión arterial fue la más frecuente referida por los pacientes para un 90 % seguido del sedentarismo, la dislipidemia y la enfermedad cerebrovascular para el 80 %, 70 % y 46,7 % respectivamente. Estos resultados se comportan en igual condición a los reportes internacionales revisados en la literatura, siendo la hipertensión arterial el primer factor de riesgo.

En cuanto a la caracterización de la hemiplejía como manifestación cardinal del ictus isquémico, el 56,7 % tenían hemiplejía derecha de predominio braquial en el 43,3 % y el 93,3 % tenían dominancia derecha. Esta coincidencia de predominio de la hemiplejía con la dominancia es un factor de mal pronóstico en la rehabilitación. En el estudio coincidió que el predominio braquial es el más frecuente encontrado. (Tabla 1).

Cuando se compararon los resultados de la aplicación del cuestionario de CV SF-36. Solo fueron significativos la función física (FF), el rol físico y el dolor corporal, como se evidencia en la tabla 2.

Tabla 1: Distribución de pacientes según características de la enfermedad

Característica	No.	%
Hemiplejia		
Derecha	17	56,7
Izquierda	13	43,3
Predominio de la hemiplejia		
Facial	4	13,3
Braquial	13	43,3
Crural	10	33,3
Proporcional	3	10,0
Directa	-	-

Fuente: Base de datos.

Tabla 2. Valores de cuestionario de calidad de vida al inicio y al final del tratamiento

Ítem	Media	Desviación estándar	Mediana	p
Función física				
Inicio	40,7	13,8	33,3	<0,001
Final	52,0	12,4	46,7	
Rol físico				
Inicio	55,0	12,4	50,0	0,011
Final	63,5	19,7	50,0	
Dolor				
Inicio	59,4	26,4	63,6	<0,001
Final	37,7	18,1	36,4	
Salud general				
Inicio	75,8	6,5	72,0	0,106
Final	77,2	5,9	80,0	
Vitalidad				
Inicio	64,4	7,5	62,5	0,232
Final	66,3	6,4	66,7	
Función social				
Inicio	61,0	6,0	60,0	0,004
Final	66,6	8,8	70,0	
Rol emocional				
Inicio	65,0	22,0	50,0	<0,001
Final	88,8	20,2	100,0	
Salud mental				
Inicio	62,5	8,2	61,6	<0,001
Final	69,2	5,9	70,0	
Puntaje total SF-36				
Inicio	53,8	8,4	52,1	<0,001
Final	64,6	3,1	64,9	

Fuente: Base de datos.

En relación a la FF al inicio, la media fue de 55,0 y al final 63,5 con una $p < 0,001$; el rol físico al inicio, fue de 59,4 y al finalizar el tratamiento fue de 37,7 para $p=0,011$; el dolor corporal al inicio, fue de 37,7 y al final de 75,8 con $p < 0,001$ y la salud general al inicio se encontró que fue de 75,8 y al final del tratamiento rehabilitador fue de 77,2 para $p = 0,106$.

En el cuestionario, la parte salud mental incluyó la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental. De estos, la función social, el rol emocional y la salud mental fueron altamente significativos al finalizar el tratamiento.

En cuanto a la vitalidad al inicio la media fue de 64,4 y al final de 66,3 para $p=0,232$; la función social al inicio fue de 61 y al final de 66,6 para $p=0,004$; el rol emocional al inicio fue de 65 al final de 88,8 con $p < 0,001$ y la salud mental al inicio fue de 62,5 al final de 69,2 con $p < 0,001$.

En relación a la transición no se aplicó esta parte del cuestionario porque los pacientes ingresados eran agudos.

Cuando se evaluaron los resultados globales, al inicio y final del tratamiento, la media fue de 53,8 y de 64,6 respectivamente con una p de 0,001 alto significativa.

Es importante señalar que al inicio del tratamiento las funciones más afectadas fueron la función física, el rol físico y el dolor, con una media de 40,7, 55 y 59,4. En relación a las funciones menos afectadas se encontró la salud general con una media de 75, el rol emocional 65 y la vitalidad 64,4; lo cual puede estar en relación con la compensación clínica que deben tener estos pacientes para enfrentarse al tratamiento rehabilitador. Según análisis estadístico la mejoría en la CV en esos dominios al final del tratamiento fue notable, no obstante la salud general (SG) y la vitalidad sufrieron menos modificaciones al final del tratamiento.

En la tabla 3 se observa la correlación entre el test de Ranking y el SF-36, al inicio no existió una alta correlación debido a que no se había realizado la rehabilitación y por tanto los valores del Ranking eran altos. Además, hubo una percepción de su CV afectada con una correlación de -0,333. Al finalizar el programa indicado al grupo estudio, hubo una baja correlación lo que fue significativo con $p 0,016$; esto quiere decir que aumentó la media de valores en el SF-36 y disminuyó en el Ranking.

Tabla 3. Correlación entre test de Ranking y SF36

Test	r	p
Ranking inicio y SF36 inicio	-0,333	0,072
Ranking final y SF36 final	-0,437	0,016

Fuente: Base de datos.

En la tabla 4 se muestran los resultados de la asociación de las variables relacionadas con el estado funcional, al inicio y final del tratamiento y CV percibida por el paciente, existió alta correlación en los dos momentos que se aplicaron los cuestionarios, con $r -0,483$ y $-0,452$ con $p 0,007$ y $0,012$ al inicio y final del tratamiento respectivamente.

Tabla 4. Correlación entre test de Barthel y SF36

Test	r	p
Barthel inicio y SF36 inicio	-0,483	0,007
Barthel final y SF36 final	-0,452	0,012

Fuente: Base de datos.

DISCUSION

La enfermedad cerebrovascular, según datos estadísticos reportados en el *Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública* de Cuba, constituye la tercera causa de muerte para ambos sexos en grupos mayores de 60 años, lo que coincide con lo encontrado en el presente estudio.¹⁰

La hipertensión arterial constituye el factor de riesgo más importante, tanto para la isquemia como para la hemorragia cerebral y se encuentra en el 70 % de los pacientes con ictus.¹¹

Con relación a la edad, como factor de riesgo no modificable, se reafirma que los adultos con más de 55 años tienen mayor riesgo de presentar enfermedad vascular isquémica y hemorrágica.¹²⁻¹⁴

Algunas investigaciones avalan lo anterior, por ejemplo, según reporta Wang Y, de 101 pacientes investigados, obtuvo una edad media de 70 años, con predominio en las mujeres.¹⁵

En el estudio que realiza Fernández-Concepción, la edad media de la muestra es de 62,9 años, cifras semejantes plantearon otros autores de la región latinoamericana en sus artículos donde más del 50 % de sus casos superan la edad de 55 años.¹⁴

Es importante señalar que en las afecciones que evolucionan a la cronicidad tienen un componente psicológico importante porque muchas veces ocasiona peritajes parciales o totales y en algunos casos cambio de puesto de trabajo por lo que el aspecto psicológico se ve muy afectado.

Muchos son los estudios que evalúan la CV del paciente post ictus isquémico para valorar el impacto de esta enfermedad en la CV de los mismos,^{16,17,18,19,20} no fue objetivo nuestro hacer referencia a todos solo mencionaremos algunos que por su metodología guardan relación con el nuestro.

En el estudio de Govantes existen diferencias significativas al inicio y el final del tratamiento rehabilitador. De manera general todos los dominios están limitados en el momento de la evaluación inicial con promedios entre 40 y 70. Los dominios más afectados son la función física, el dolor corporal y el rol físico; provocando una puntuación global de 54.1. La vitalidad y la salud general de estos pacientes contradictoriamente obtienen los mayores resultados, los cuales pueden estar en relación con la compensación clínica que deben tener para enfrentarse al tratamiento rehabilitador.²¹

El trabajo de González y cols demuestra al aplicar el SF-36 que el componente físico se ve en sujetos con menos de un año de discapacidad con una mediana de 36, obteniendo

el puntaje mayor en pacientes con discapacidad mayor o igual a 15 años mediana 48, en nuestro estudio existió predominio de afectación de la función física. La afectación mental se obtuvo en individuos con discapacidad menor de un año.²²

En el estudio de Gana JJ y cols las puntuaciones parciales obtenidas en el SF-36 disminuyen progresivamente con el aumento de la puntuación en la mRS, lo que da cuenta de un menor índice de CV a medida que se incrementa la discapacidad funcional de estos pacientes.²³

En el presente trabajo se encontró una relación lineal entre el grado de secuelas neurológicas, medido por la mRS, y la CV. Así cuanto mayor es la puntuación obtenida en la mRS, menor es la puntuación en el SF-36.²³

CONCLUSIONES

En conclusión, la CV percibida por los pacientes luego de un ictus está afectada y el tratamiento neurorrehabilitador produce un impacto positivo en su mejoría.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo no hemos recibido ayuda económica para su realización; no hemos firmado acuerdo por el recibamos beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Tampoco alguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvaro Moyano V. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. Rev Hosp Clín Univ Chile; 2010;21:348-55.
2. Silva F. Enfermedad cerebrovascular. Rev Colomb Cardiol, Bogotá. 2010;13(2):85-9.
3. Amaya-Chanaga CI, Naranjo NF, Castellanos JA, Silva FA. Respuesta inflamatoria en pacientes con un primer ataque cerebrovascular isquémico: evaluación por género. Acta Neurol Coloma; 2014;30:6-15.
4. Sabater Hernández H, Berbes Villalón L, Toca Smith S. Rehabilitación del ictus. Parte I. Rev Cubana Medic Fís Rehabilit; 2015;7(1):84-95.
5. Barbies Rubiera A, Marrero Fleita M, Vega Alejo AA, Oliva Martínez MM. Prevalencia y factores de riesgo en la enfermedad cerebrovascular. La Habana. Rev Cienc Méd; 2014;20(1): 7 (Consultado en diciembre de 2015). Disponible en: URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2014/cmh141b.pdf>.
6. Alfonso Urzúa M. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Rev Terap Psicológ. 2012;30(1):61-71. Disponible en: URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext

7. Ruiz de Velasco I, Quintana JM, Padierna JA, Aróstegui I, Bernal A, Pérez-Izquierdo J, et al. Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. *Rev Calid Asistenc*; 2006;17(4):243-76.
8. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine*; 2005;25(14):3130-9.
9. Vilagut G. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*; 2011;19(2):135-50.
10. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2012. Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2012.
11. Fernández Travieso JC. Enfermedad cerebrovascular: incidencia y tratamiento actual. *Ciencias Biológicas. Rev CENIC*. 2014;45(3):152-77.
12. López F, Jiménez MA. Depresión postictus: factores que afectan al estado de ánimo. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*; 2011;34:32-8.
13. Martínez Vila E. Factores de riesgo del ictus. *Anales Sis San Navarra*; 2000;23(Supl3):14.
14. Fernández Concepción O. Depresión post-ictus: frecuencia y factores determinantes. *Rev Cubana Neurol Neurocir*; 2012;2(1):9-16.
15. Estrada N. Nivel funcional al momento de ingreso y egreso hospitalario en pacientes con diagnóstico de hemiplejía. [Tesis]. Managua: Facultad De Ciencias Médicas Unan; 2010.
16. 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;42(11):655-9.
17. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, Richard A, Macdonell L. Quality of life after stroke. The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke* 2004;35:2340-5.
18. Maia A, Costa A. Evaluación neuropsicológica de calidad de vida (ENCV) en pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC). *Rev Psicol Educ*; 2007;15(2):4.
19. Suárez-Escudero JC, Restrepo 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.
20. Silva A, Pirela CT, Álvarez A, Londoño M, Alonso LM. Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla, Colombia*. 2009;25(1):73-9.
21. Govantes Bacallao Y, Bravo Acosta T. Estado funcional en pacientes con ictus isquémico. Hospital Julio Díaz González. *Rev Cubana Med Fís Rehabilit*; 2014;6(2):149-58.
22. González S, Tello J, Silva P, Lüders C, Butelmann S, et al. Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. *Rev Chil Neuropsiquiat*; 2012;5 (1):23-34.

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

Recibido: 19 julio 2017

Aceptado: 22 septiembre 2017

MsC. Lic. *Orisel Bolaños Abrahantes*. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgico (CIMEQ). La Habana. Cuba. Email: oribola@infomed.sld.cu