



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster de Gerontología Social

Curso Académico 2017-2018

TRABAJO FIN DE MASTER

Evolución de la Calidad de Vida en pacientes de ictus en
Neurorrehabilitación

Evolution of Quality of Life in stroke patients in Neurorrehabilitation

Autor/a: M^a Pilar Legido Román

Director/a: Ana Gascón Catalán

INDICE DE CONTENIDO

Glosario de abreviaturas	01
Resumen	02
Abstract	03
Introducción	04
Hipótesis	09
Objetivos	09
Metodología	10
-Diseño del estudio	10
-Población de estudio	10
-Las variables del estudio	11
-Herramientas del estudio	14
-Análisis de los resultados	16
-Aspectos éticos	16
Resultados	18
-Características de la muestra	18
-Capacidad funcional (Índice Barthel) al inicio y tras la Neurorehabilitación.	24
-Calidad de Vida al ingreso y tras la Neurorehabilitación.	26
Discusión	39
-Sobre la situación funcional	39

-Sobre la Calidad de Vida	40
-ECVI-38,	40
-EQ-5D	42
-Sobre la Calidad de Vida y la situación funcional	43
-Sobre la Calidad de Vida y el sexo	44
-Sobre la Calidad de Vida y la edad	46
-Sobre la Calidad de Vida y la deglución	46
-Sobre la Calidad de Vida y la medicación	47
-Sobre algunas preguntas del ECVI-38	47
-Limitaciones	49
Conclusión	50
Bibliografía	51
Anexos	55
-Anexo 1	56
-Anexo 2	59
-Anexo 3	62
-Anexo 4	63
-Anexo 5	64
-Anexo 6	65
-Anexo 7	66
-Anexo 8	67
-Anexo 9	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas. (Pág. 18)

Tabla 2. Distribución de hombres y mujeres según la edad. (Pág. 19)

Tabla 3. Descripción de la presencia de factores de riesgo del ictus en la muestra. (Pág. 19)

Tabla 4. Descripción del tipo de ictus y la medicación anticoagulante antiagregante administrada a la muestra en la estancia hospitalaria. (Pág. 20)

Tabla 5. Descripción de los efectos del ictus en el habla y en la deglución. (Pág. 21)

Tabla 6. Descripción de las intervenciones de Neurorrehabilitación efectuadas a la muestra. (Pág. 22)

Tabla 7. Descripción del tiempo de estancia en la Unidad de rehabilitación y los periodos de tiempo desde el ictus hasta ingresar en la unidad y el tiempo total desde el ictus hasta el alta. (Pág. 22)

Tabla 8. Comparación Situación Funcional al Ingreso y al Alta. (Pág. 24)

Tabla 9. Distribución de la Situación funcional al ingreso y al alta. (Pág. 24)

Tabla 10. Mejoría de la Situación funcional Índice de Barthel según sexo, tipo de ictus y edad. (Pág. 25)

Tabla 11. Comparación de la Calidad de Vida al Ingreso y al Alta (EQ-5D). (Pág. 26)

Tabla 12. Comparación Calidad de Vida al Ingreso y al Alta (ECVI-38). (Pág. 27)

Tabla 13. Distribución de la Calidad de Vida al Ingreso y al Alta (ECVI-38). (Pág. 27)

Tabla 14. Mejoría de Calidad de Vida (ECVI-38) según el sexo, la convivencia, el estado civil, el habito tabáquico, el consumo de alcohol y la edad. (Pág. 29)

Tabla 15. Mejoría de Calidad de Vida (ECVI-38) según los factores de riesgo. (Pág. 30)

Tabla 16. Mejoría de Calidad de Vida (ECVI-38) según el tipo de ictus. (Pág. 31)

Tabla 17. Mejoría de Calidad de Vida (ECVI-38) según la administración de medicación antiagregante/anticoagulante. (Pág. 31)

Tabla 18. Mejoría de Calidad de Vida (ECVI-38) según la afectación del habla y la deglución. (Pág. 32)

Tabla 19. Mejoría de Calidad de Vida (ECVI-38) según las intervenciones de Neurorrehabilitación. (Pág. 33)

Tabla 20. Mejoría de la Salud Percibida EVA EQ-5D según sexo, tipo de ictus y edad. (Pág. 33)

Tabla 21. Respuestas de la pregunta de estado de salud general del ECVI-38. (Pág. 36)

Tabla 22. Respuestas a preguntas afectivo-sexuales del ECVI-38. (Pág. 36)

Tabla 23. Respuestas a preguntas económico-laborales del ECVI-38. (Pág. 37)

Tabla 24. Respuestas a preguntas de autoconcepto del ECVI-38. (Pág. 38)

Tabla I Mejoría del dominio de Problemas físicos de la ECVI-38. (Pág. 64)

Tabla II Mejoría del dominio de Comunicación de la ECVI-38. (Pág. 65)

Tabla III Mejoría del dominio de Emociones de la ECVI-38. (Pág. 66)

Tabla IV Mejoría del dominio de Actividades Básicas de la Vida Diaria de la ECVI-38. (Pág. 67)

Tabla V Mejoría del dominio de Actividades Comunes de la Vida Diaria de la ECVI-38. (Pág. 68)

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

<i>ABVD:</i>	Actividades Básicas de la Vida Diaria
<i>ACVD:</i>	Actividades Comunes de la Vida Diaria
<i>CV:</i>	Calidad de Vida
<i>CVRS:</i>	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
<i>ECVI-38:</i>	Escala de Calidad de Vida en Ictus
<i>EQ-5D:</i>	El Cuestionario de Calidad de Vida EuroQol 5D
<i>EVA</i>	Escala de Valoración Analógica
<i>IB:</i>	Índice de Barthel

RESUMEN

Introducción: El ictus es una enfermedad que ocasiona una gran discapacidad con elevado impacto en la Calidad de Vida de quien lo padece. Posee una elevada prevalencia con un mayor número de casos en las personas mayores de 60 años. La Neurorehabilitación temprana disminuye la dependencia y mejora la Calidad de Vida del paciente de ictus mayor de 60 años.

Objetivos: Evaluar si mejora la Calidad de Vida de los pacientes mayores de 60 años tras la Neurorehabilitación y estudiar cuáles son las variables que influyen.

Metodología: Estudio observacional longitudinal descriptivo prospectivo. Se estudió la Calidad de Vida al ingreso y al alta de los pacientes mayores de 60 años que habían sufrido un ictus e ingresaban en la Unidad de Neurorehabilitación del Hospital San Juan de Dios utilizando una escala genérica el EuroQol 5D y una específica la Escala de Calidad de Vida en Ictus (ECVI-38). Se analizó que variables influyeron en la variación de Calidad de Vida mediante el paquete estadístico SPSS® v. 22.

Resultados: Existió una mejoría significativa de la Calidad de Vida ($p=0,002$) con una puntuación media total de la escala ECVI-38 al alta de 39,71 (afectación leve) y los dominios más afectados al ingreso y que mayor mejoría experimentaron fueron los de Actividades Básicas de la Vida Diaria y Actividades Comunes de la Vida Diaria. La situación funcional también experimentó una mejoría significativa ($p=0,002$) con una puntuación media del Índice de Barthel al alta de 62,92 (dependencia moderada).

Conclusión: La Neurorehabilitación en una unidad hospitalaria tras un ictus tiene repercusiones positivas en la Calidad de Vida del individuo mayor, mejorando la capacidad funcional y reduciendo la dependencia.

Palabras clave: Ictus, Neurorehabilitación, Calidad de Vida, Mayor de 60.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is a condition that causes great disability with a high impact on the Quality of Life from whom suffers it. It has a raised prevalence with a higher number of cases in people over 60 years. Early Neurorehabilitation reduces dependency and improves the Quality of Life of the elderly stroke patient

Objectives: Evaluate if the Quality of Life of patients over 60 years improves after Neurorehabilitation Unit and study which variables that influence the improvement.

Method: We conducted a descriptive, longitudinal, prospective, observational study. Quality of Life was measured at admission and discharge of patients over 60 years who had suffered a stroke and were admitted into San Juan de Dios Hospital's Neurorehabilitation Unit. A generic scale (EuroQol 5D) and a specific stroke scale (ECVI-38) were used to study the Quality of Life. We analyzed which variables influenced the variation of Quality of Life using the statistical package SPSS® v. 22.

Results: There was a significant improvement in Quality of Life ($p=0.002$) with a mean total score from the ECVI-38 scale of 39.71 (mild affection) at discharge and the most affected domains at admission and the ones that experienced the greatest improvement were Basic Activities of Daily Living and Common Activities of Daily Living. The functional situation also experienced a significant improvement ($p=0.002$) with a mean Barthel Index score to high of 62.92 (moderate dependence).

Conclusion: Neurorehabilitation in a hospital unit after a stroke has a positive impact on the Quality of Life of the elder, improving their functional capacity and lowering dependency.

Key words: Stroke, Neurorehabilitation, Quality of Life, Elder.

INTRODUCCIÓN

El ictus representa actualmente en España la segunda causa de muerte, después de la cardiopatía isquémica en hombres, y la primera en mujeres, además de ser la causa más frecuente de secuelas neurológicas permanentes en ambos sexos(1,2).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística en el año 2016, las enfermedades cerebrovasculares agudas o ictus, ocasionaron 27.122 muertes, 11.556 en hombres y 15.566 en mujeres. El 95,07% de los fallecimientos por esta causa ocurrieron en personas mayores de 60 años(2). El ictus es una enfermedad que ocasiona una gran discapacidad en los supervivientes, siendo la primera causa de dependencia en el adulto y, la segunda causa de demencia en el mundo(1,3).

El ictus se produce cuando el flujo de sangre a regiones específicas del cerebro se ve interrumpido, limitando el aporte de nutrientes y oxígeno a las neuronas, pudiendo causar su muerte y dañando el tejido cerebral. Esto da lugar al deterioro de funciones neurológicas, las cuales variarán según la zona afectada. Aproximadamente un 85% de los ictus son de origen isquémico, y están producidos por la oclusión de un vaso sanguíneo cerebral mediante un coágulo o placa de ateroma. El resto de los casos son de origen hemorrágico, siendo desencadenados por la lesión de la pared de un vaso sanguíneo(4,5).

Esta enfermedad produce una gran heterogeneidad de afecciones pudiendo afectar a cualquiera de las funciones humanas, desde el control de esfínteres a funciones motoras, cognitivas o visuales, comunicacionales, siendo muy diversas las variables que influyen en la Calidad de Vida (CV) del paciente con ictus(6).

La CV es un concepto multidimensional y dependiente de la percepción del individuo, fue definida por la Organización Mundial de la Salud 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». La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se ha definido como «el valor asignado a la duración de la

vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada»(7,8).

La CVRS aporta información complementaria a los indicadores de salud tradicionales basados en mortalidad, curación, remisión o recurrencia que aportan poca información en enfermedades crónicas. Proporciona una información más específica sobre el estado de salud del paciente, la repercusión que tiene la enfermedad en los aspectos psicosociales de su vida y la efectividad de las intervenciones terapéuticas desde la perspectiva del propio individuo(9,10). El ictus es la condición física con el mayor impacto en Calidad de Vida en la población de mayor edad española, manifestando las mujeres una peor calidad en comparación con los hombres(10,11).

Estas alteraciones que ocasiona el ictus aparecen de repente sin que la persona mayor esté preparada para asumir la nueva situación, que según la intensidad del ictus puede generar desde una ligera afectación hasta un grado de invalidez o dependencia permanente. Esto produce un cambio radical en su vida generando un gran deterioro en su CV y en la de sus familiares que acaban convirtiéndose en sus cuidadores principales viéndose obligados en muchos casos a cambiar sus hábitos e incluso a abandonar su actividad laboral. Y en las ocasiones en los que la persona mayor no tiene el apoyo socioeconómico necesario se ve forzado a la institucionalización lo que repercute en una carga a la comunidad(3,6,8,12).

Las limitaciones físicas y la afectación de la movilidad, especialmente de la extremidad superior, junto a la discapacidad y dependencia en las actividades de la vida diaria que generan, conforman los principales determinantes de la CV en el ictus(10,11,13,14). El deterioro cognitivo, particularmente de la atención y la capacidad visioespacial está fuertemente asociada con la Calidad de Vida tras el ictus(14).

Sin embargo la alteración de la CV no solo se debe a la discapacidad por la afectación de la movilidad, ya que pacientes con limitaciones físicas mínimas o incluso sin limitaciones también experimentan una CV substancialmente reducida. Hay que tener en cuenta como las diversas secuelas del ictus pueden

afectar a la Calidad de Vida, la limitación de la movilidad puede contribuir a una reducción del contacto social, aislamiento social y familiar, baja autoestima y depresión, la afasia genera un gran impacto en la capacidad de comunicarse del individuo lo que también puede desencadenar la misma situación. Esto indica la importancia del estado psicológico, emocional y social y su papel en la determinación de la Calidad de Vida(5,10,11,13).

Existe una asociación entre la depresión tras un ictus con el deterioro en la CV. Los síntomas depresivos tienen una influencia directa con la CV de un individuo, asimismo una peor CV puede desencadenar síntomas depresivos(15).

Otra de las alteraciones provocadas por el ictus que se relaciona con bajos niveles de CV es la disfagia, trastorno que compromete la progresión del alimento desde la boca hasta el estómago. Puede anular el proceso de deglución y causar complicaciones clínicas al individuo cómo desnutrición deshidratación, broncoaspiración y neumonías recurrentes. Algunas personas mayores refieren que el aumento de tiempo y dificultad para comer es una de las aéreas que más interfieren con su CV(4).

La actividad sexual en pacientes de ictus es un tema poco abordado en la literatura del ictus, menos aun todavía focalizado en la población mayor de 60 años. La impotencia llega a estar presente hasta en al menos la mitad de los varones que han sufrido un ictus y la disminución de la libido se ve influida más por factores psicosociales y síntomas depresivos que por la situación funcional. Por lo que la disfunción sexual es un factor contribuyente a una peor CV(6,8).

Dada la mayor incidencia del ictus en personas mayores de 60 años, y teniendo en cuenta la elevada esperanza de vida en España y el progresivo envejecimiento poblacional, además del incremento en la prevalencia de los principales factores de riesgo relacionados con la edad (hipertensión, diabetes, obesidad y enfermedades cardiacas), es previsible que durante los próximos años aumenten tanto la incidencia como la prevalencia de esta enfermedad. Esto se traduce en un grave problema en términos de discapacidad y costes de salud(11,16).

A pesar de todas las afecciones existe evidencia de que la rehabilitación neurológica temprana disminuye la dependencia y mejora la Calidad de Vida del paciente mayor con ictus, siendo una herramienta fundamental para mitigar las secuelas. Esta debe iniciarse lo antes posible para favorecer la recuperación precoz y la reducción de discapacidad. El tiempo es crucial dado que el primer mes es clave para saber si el tratamiento rehabilitador generará una evolución favorable. Aunque no pueda preverse cuanto vayan a mejorar los sujetos la recuperación completa del ictus es poco frecuente, sin embargo los pacientes dan más importancia a su capacidad de afrontar su vida, desempeñar sus funciones sociales y actividades de la vida diaria que a sus déficits físicos o si padecen hemiparesia. Por ello la orientación ideal de la rehabilitación es multidisciplinar(12,17).

En la práctica clínica se ha observado en los pacientes mayores de 60 años un menor uso de pruebas complementarias, una menor tasa de ingresos en unidades de agudos, un menor uso de anticoagulantes en casos de fibrilación auricular en la prevención primaria del ictus isquémico, y una frecuencia menor de rehabilitación precoz debido a la percepción de que la edad avanzada en sí misma condiciona un peor pronóstico al ingreso hospitalario(18).

Sin embargo no es la edad por sí sola el principal condicionante de un peor pronóstico en el ictus si no la pluripatología y la discapacidad funcional previas al accidente cerebrovascular(16,18).

Por ello la edad avanzada no es una justificación para no realizar tratamiento rehabilitador tras un ictus en estos pacientes ya que la mejoría funcional tras el mismo sigue siendo evidente, en consecuencia se debe abordar al paciente mayor de manera individualizada procurando actuar en pos de priorizar su Calidad de Vida(16,18).

La Unidad de Neurorrehabilitación del Hospital San Juan de Dios se puso en marcha el 7 de Septiembre de 2016. Esta unidad está dedicada a la atención y rehabilitación de pacientes con daño cerebral adquirido rehabilitable que ya han superado la fase aguda de la enfermedad en un hospital general y son derivados para continuar con un tratamiento integral y rehabilitador intenso. En este perfil se encuentran los pacientes que han sufrido un ictus, afección que,

como ya se ha mencionado previamente, desencadena discapacidad física y psíquica con carácter crónico y progresivo y que además tiene una repercusión humana y socioeconómica elevada.

La unidad de Neurorrehabilitación trabaja de forma multidisciplinar mediante un equipo formado por: médicos especialistas en Neurorrehabilitación, en neurología y en medicina interna, también forman parte logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. Su misión está encaminada hacia una atención integral del paciente. Se valoran las necesidades de tratamiento médico, enfermero, psicológico, rehabilitador (fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional trabajando también las actividades de la vida diaria y reeducación perceptivo-visual), haciendo hincapié en el deterioro cognitivo, la afasia, la disfagia y la incontinencia con el fin de alcanzar la mayor independencia posible del paciente, y educando a su familia en sus cuidados, para lograr la mejor Calidad de Vida posible del individuo(19).

El objetivo de este trabajo es conocer la evolución de la Calidad de Vida de los pacientes mayores de 60 años que han sufrido un ictus e ingresan en la Unidad de Neurorrehabilitación del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza durante el año 2018 (Marzo-Julio), cuantificar el tiempo medio de ingreso y estudiar qué variables influyen en la variación de la Calidad de Vida.

HIPÓTESIS

- La Neurorehabilitación en una unidad hospitalaria tras un ictus mejora la Calidad de Vida a corto plazo en los pacientes mayores de 60 años.

OBJETIVOS

- Analizar la Calidad de Vida al ingreso y alta de los pacientes en la Unidad de Neurorehabilitación.
- Evaluar la mejora en la Calidad de Vida tras la Neurorehabilitación.
- Cuantificar el tiempo medio de ingreso en la Unidad de Neurorehabilitación.
- Estudiar qué variables influyen en la mejora de la Calidad de Vida y en el tiempo de estancia.

MÉTODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio observacional longitudinal descriptivo prospectivo.

Población de estudio:

Pacientes mayores de 60 años que sufrieron un ictus e ingresaron en la Unidad de Neurorrehabilitación del Hospital San Juan de Dios.

La muestra se seleccionó de forma consecutiva conforme los sujetos ingresaban en la unidad de Neurorrehabilitación del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza y cumplían los criterios de inclusión. El periodo de selección de casos del estudio se comprendió entre el 15 de Marzo del 2018 al 29 de Mayo del 2018 cuando se seleccionó el último caso, y hasta el 6 de Julio cuando el último sujeto se marchó de alta.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de accidente cerebrovascular, con confirmación diagnóstica mediante TAC y/o RMN.
- Valoración por la unidad de Neurorrehabilitación del Hospital San Juan de Dios.
- Edad igual o superior a los 60 años.
- Conformidad para participar en el estudio, recibiendo y firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Historia de ictus previo.
- Situación funcional previa de dependencia.
- Estado de demencia previo al ictus.

- Padecimiento de otra enfermedad discapacitante.
- Incapacidad de responder a los cuestionarios por cualquier medio.

La información de los sujetos se obtuvo a partir de sus datos en la historia clínica y la cumplimentación de los cuestionarios de Calidad de Vida EuroQol 5D (EQ-5D) y la Escala de Calidad de Vida en Ictus (ECVI-38).

Las variables del estudio:

Variables Dependientes:

Calidad de Vida: variable de resultado relevante a la persona, se trata de la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus expectativas, normas e inquietudes. Se mide a través de dos escalas de CV, una genérica EQ-5D y otra específica para ictus ECVI-38. Se determinó en los momentos del ingreso y el alta del sujeto.

Variables Independientes:

Variables sociodemográficas:

Sexo: variable cualitativa que se categorizará en hombre o mujer.

Convivencia: variable cualitativa que indica con quien vive el sujeto en el momento previo al ingreso, se categoriza en solo, institucionalizado, pareja, hijos, otros familiares.

Estado civil: variable cualitativa que se categoriza en casado, soltero/divorciado y viudo.

Habito tabáquico: variable cualitativa que se categoriza en fumador, no fumador o exfumador.

Consumo de alcohol: variable cualitativa que describe si el paciente consume alcohol se categoriza en sí o no.

Edad: variable cuantitativa que supone los años de vida del sujeto.

Variables de factores de riesgo:

Hipertensión Arterial: variable cualitativa que indica la presencia de la enfermedad crónica de hipertensión arterial en la historia previa. Está categorizada en sí o no.

Dislipemia: variable cualitativa que indica la presencia de niveles de lípidos superiores al establecido en la historia previa. Será categorizada en sí o no.

Diabetes Mellitus: variable cualitativa que indica el padecimiento de la enfermedad diabetes mellitus tipo II, la variable está categorizada en insulín dependiente, no insulín dependiente y ausencia de la enfermedad.

Fibrilación Auricular: variable cualitativa que indica la presencia de una arritmia cardíaca por fibrilación auricular en la historia previa. Se categoriza en sí o no.

Índice de Masa Corporal (IMC): variable cuantitativa calculada a partir del peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros. Este índice clasifica a los sujetos adultos en bajopeso [<18.50], normopeso [$18,50-24.99$] sobrepeso [$25-29.99$] y obesidad [≥ 30](20).

Variables de efecto:

Tipo de ictus: variable cualitativa que indica las características del ictus, está categorizada en hemorrágico o isquémico.

Habla: Variable cualitativa ordinal que indica la capacidad de habla del paciente tras sufrir el ictus, categorizándose en afasia, deficiente, y normal.

Deglución: Variable cualitativa ordinal que indica la capacidad de tragar del paciente tras el ictus. Será categorizada en disfagia total (Sonda de gastrostomía percutánea PEG o Sonda Nasogástrica), disfagia a líquidos (consumo de espesantes), y ausencia de disfagia

Situación funcional: variable cuantitativa que indica la autonomía para las actividades de la vida diaria, se mide a través del Índice de Barthel (IB) al ingreso y al alta dando una puntuación de 0 (dependencia total) a 100 (independencia.)

Variables de Intervenciones:

Terapia Ocupacional: variable cualitativa dicotómica que indica si el paciente recibe tratamiento por parte de terapia ocupacional.

Fisioterapia: variable cualitativa dicotómica que indica si el paciente recibe tratamiento por parte de fisioterapia.

Logopedia: variable cualitativa dicotómica que indica si el paciente recibe tratamiento por parte de logopedia.

Neuropsicología: variable cualitativa dicotómica que indica si el paciente recibe tratamiento por parte de neuropsicología.

Medicación anticoagulante/antiagregante: Variable cualitativa que indica si se administran fármacos anticoagulantes o antiagregantes, y qué fármacos.

Variables de tiempo:

Tiempo de estancia: variable cuantitativa que mide el tiempo que ha pasado desde el ingreso hasta el alta del sujeto, es el tiempo que ha permanecido en la unidad. Se calculó a partir de la fecha de ingreso y la fecha de alta.

Tiempo desde el ictus: variable cuantitativa que mide el tiempo que ha pasado desde que el paciente sufrió el ictus. Se calculó a partir de la fecha del ictus.

Herramientas del estudio

Se utilizaron dos escalas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud que fueron cumplimentadas por el participante. En los casos que, por problemas funcionales derivados del ictus, no pudieron cumplimentarlo de forma escrita la investigadora principal pasó las escalas a modo de entrevista. En los casos de afasia se explicó el cuestionario y el participante respondió mediante gestos levantando los dedos del uno al cinco. Y en aquellos casos en los que el paciente fuese incapaz de comprender las cuestiones, fue un familiar o acompañante quien cumplimentó los cuestionarios.

El Cuestionario de Calidad de Vida EuroQol-5D (EQ-5D) (Anexo 1) es un instrumento genérico de medición de la CVRS con el que el propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala de valoración analógica (EVA) de evaluación mas general. El sistema descriptivo contiene 5 dimensiones de salud (Movilidad, Cuidado personal, Actividades cotidianas, Dolor/Malestar y Ansiedad/Depresión) y cada una de ellas tiene 5 niveles de gravedad (sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves y problemas extremos). La parte de la EVA es una escala vertical de 20 cm milimetrada va del 0 (peor estado de salud imaginable) al 100 (mejor estado de salud imaginable). El uso de la EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo. Además, el estado de salud se puede convertir en un índice sintético único mediante la aplicación de una fórmula que pondera cada uno de los niveles en cada dimensión. Cada estado de salud recibe un valor de acuerdo con un conjunto particular de pesos o conjuntos de valores que miden los estados de salud. El índice oscila entre el valor 1 (mejor estado de salud) y el 0 (la muerte), aunque existen valores negativos para el índice, correspondientes a aquellos estados de salud que son valorados como peores que la muerte(21).

Este cuestionario fue desarrollado por Richard Brooks junto al grupo de EuroQol en el año 1996(22). X. Badia y cols del Instituto Catalán de Salud Pública de la Universidad de Barcelona en 1999 realizaron un estudio comprobando la validez y la confiabilidad de la escala traducida al español(23).

La Escala de Calidad de Vida en Ictus (ECVI-38) (Anexo 2) es un instrumento que sirve para medir todo el espectro de consecuencias derivadas de un ictus, tanto para el infarto cerebral como para la hemorragia intracerebral, siendo útil para valorar la evolución de la Calidad de Vida de los pacientes con ictus en el tiempo; especialmente de pacientes sometidos a determinadas estrategias de rehabilitación post-ictus. Esta escala está conformada por 38 ítems, agrupados en ocho dominios que recogen aspectos de todos los estados de salud: 1. Problemas físicos, 2. Comunicación, 3. Cognición, 4. Emociones, 5. Sentimientos, 6. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), 7. Actividades Comunes de la Vida Diaria (ACVD), y 8. Funciones sociofamiliares, además de 2 preguntas adicionales sobre la función sexual y la actividad laboral. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos. Cada dominio tiene un rango de 0 (menor afectación) a 100 (mayor afectación) una vez estandarizada la puntuación a porcentaje mediante la fórmula: $[(media - 1) \times 100] / (5 - 1)$, y la puntuación total de la escala se obtiene del promedio de los dominios. Según los resultados obtenidos los pacientes se categorizan en cuatro grupos: < 25%: sin afectación de la CV; 25 ≥ 50%: afectación leve; 50 ≥ 75%: afectación moderada; 75% o más: afectación grave (24–26).

La escala ECVI-38 es la versión traducida de la “Stroke-Specific Quality of Life Scale” (SS-QOL) desarrollada por Linda S. Williams y colaboradores en 1999(27). La traducción y validación de esta escala se llevó a cabo por Otman Fernández Concepción y cols en 2008 para ser utilizada por la comunidad científica iberoamericana (26).

Este estudio se realiza dentro de la actividad asistencial habitual de la Unidad de Neurorrehabilitación del Hospital San Juan de Dios, al ser un estudio observacional no se realizará ninguna intervención distinta a la que se lleva a cabo en la unidad, que son las actividades de fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional y neuropsicología en el ámbito del ingreso hospitalario.

Análisis de los resultados

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas independientes se aplicó la prueba del Chi cuadrado. Se utilizó el test exacto de Fisher cuando no se cumplían los criterios de aplicación para el test anterior. Para las variables cuantitativas, se comprobó si cumplían criterios de normalidad mediante el test Kolmogorov-Smirnov y en dependencia de los resultados se utilizó el test t de Student o de Mann-Whitney con el fin de analizar si existían asociaciones entre las variables cuantitativas y cualitativas. Para estimar si hubo cambios en la CV tras la Neurorehabilitación se aplicó el test no paramétrico de Wilcoxon para la comparación de medias relacionadas. Para estudiar si había correlación entre la CV y el grado de dependencia se utilizó el coeficiente de Spearman al no cumplir los criterios de normalidad. Se considera que existe una diferencia estadística significativa si $p < 0,05$. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS® v. 22.

Aspectos éticos

El estudio es de carácter observacional. La atención de los participantes no se modificó por el hecho de participar en el estudio, siendo que el objetivo era evaluar el efecto en la Calidad de Vida de los cuidados recibidos. No supuso ningún riesgo para el participante.

La investigadora principal explicó al participante y su familia las características del estudio invitándole a participar, además el participante recibió un consentimiento informado en el cual se explicaba claramente el estudio y las implicaciones que suponían para el participante, que debía responder a los cuestionarios ECVI-38 y EQ-5D en el momento del ingreso y del alta, y que se tomarían datos de su historia clínica para satisfacer las variables del estudio, siendo dichos datos tratados con carácter totalmente anónimo.

Fue obligatorio que este consentimiento fuese firmado por el participante para su participación libre y voluntaria en el estudio. El participante conservó una copia del consentimiento y fue conocedor de que podía retirarse cuando

quisiera, sin dar explicaciones y sin que repercutiese en la atención que iba a recibir. Sus datos personales fueron codificados y solo conocidos por la investigadora principal, preservando la identidad del participante.

Esta investigación se lleva a cabo con el permiso del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza aportado por la Directora de Enfermería D^a Francisca Palmero Pérez (**Anexo 3**), y el dictamen favorable certificado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón en su reunión del 23/05/2018 acta N^o 10/2018 (**Anexo 4**).

RESULTADOS

Características de la muestra

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas.

Características sociodemográficas		n	%
Sexo	Hombre	5	41,7
	Mujer	7	58,3
Convivencia	Solo	4	33,3
	Institucionalizado	1	8,3
	Pareja	6	50
	Hijos	1	8,3
Estado Civil	Casado	6	50
	Soltero/Divorciado	2	16,7
	Viudo	4	33,3
Hábito tabáquico	No fumador	9	75
	Fumador	2	16,7
	Ex fumador	1	8,3
Consumo de alcohol	Sí	3	25
	No	9	75
Edad	Menores 70	5	41,7
	Mayores 70	7	58,3
	Med (DS)	73,75 (9,83)	
	Min. - Max.	61 - 88	

En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas de los participantes. La muestra estuvo compuesta por 12 pacientes de los cuales el 58,3% fueron hombres. La edad media fue de 73,75 años encontrándose el 58,3% por encima de los 70 años. Un 50% vivían en pareja y estaban casados un 50%.

Acerca de los hábitos saludables, el 75% no fumaba y no consumía alcohol regularmente el 75% de la muestra.

Tabla 2. Distribución de hombres y mujeres según la edad.

Sexo	Menores de 70		Mayores de 70		p
	n	%	n	%	
Hombre	4	80	1	14,3	0,045
Mujer	1	20	6	85,7	
Total	5	100	7	100	

Se observó que significativamente las mujeres de la muestra eran más mayores que los hombres ($p=0,045$), distribuyéndose en un 85,7% de mujeres mayores de 70 y un 80% de hombres menores de 70 (Tabla 2).

Tabla 3. Descripción de la presencia de factores de riesgo del ictus en la muestra.

Factores de riesgo		n	%
Hipertensión arterial	Sí	9	75
	No	3	25
Dislipemia	Sí	9	75
	No	3	25
Diabetes mellitus	Insulinodependiente	4	33,3
	No insulinodependiente	2	16,7
	No	6	50
Fibrilación auricular	Sí	3	25
	No	9	75
Índice de Masa Corporal	Normopeso [18,50-24,99]	4	33,3
	Sobrepeso [25-24,99]	4	33,3
	Obesidad [≥ 30]	4	33,3
	Med (DS)	27,2 (5,56)	
	Min. - Max.	18,98 - 39,68	

En relación a los factores de riesgo, la muestra se distribuyó de la siguiente manera (Tabla 3):

El 75% de la muestra padecía hipertensión arterial. Lo mismo ocurría con la dislipemia que también la presentaba el 75% de la muestra. Un 50% eran diabéticos de los cuales el 66,6% eran insulino dependientes. La fibrilación auricular estaba presente en un 25% de la muestra.

El Índice de Masa Corporal (IMC) dividió la muestra en tres grupos con el mismo número de pacientes (33,3% en cada grupo): Normopeso [18,50-24,99], Sobrepeso [25-24,99] y Obesidad [≥ 30]. Ningún sujeto se encontró en la categoría de Bajopeso [$\leq 18,49$]. El valor del IMC estuvo comprendido entre 18,98 y 39,68 siendo la media 27,2 (DS 5,56).

Tabla 4. Descripción del tipo de ictus y la medicación anticoagulante/antiagregante administrada a la muestra en la estancia hospitalaria.

Tipo de ictus y medicación		n	%
Tipo de ictus	Isquémico	9	75
	Hemorrágico	3	25
Medicación anticoagulante antiagregante	Apixaban	4	33,3
	Ácido acetilsalicílico	2	16,7
	Ácido acetilsalicílico + bemiparina	2	16,7
	No	4	33,3

Los sujetos presentaron en un 75% ictus de tipo isquémico y en un 25% ictus hemorrágico (Tabla 4).

En el estudio de los fármacos antiagregantes o anticoagulantes que se administraron a la muestra, se observó que un 33,3% no tomaba ningún fármaco, un 33,3% tomaba apixaban, un 16,7% tomaba ácido acetilsalicílico, y a un 16,7% se le administraba la combinación de bemiparina y ácido acetilsalicílico, lo cual indica que el 66,7% de la muestra estaba antiagregada o anticoagulada (Tabla 4).

Tabla 5. Descripción de los efectos del ictus en el habla y en la deglución.

Habla y deglución		n	%
Habla	Afasia	3	25
	Habla deficiente	1	8,3
	Habla normal	8	66,7
Deglución	Disfagia a líquidos	3	25
	Deglución normal	9	75

Las secuelas causadas por el ictus que se midieron fueron la afectación del habla y la deglución (Tabla 5).

Con respecto al habla el 33,3% de los sujetos se vio afectado, presentando el 25% de la muestra afasia o incapacidad total para hablar y un 8,3% habla deficiente o dificultades para pronunciar o expresar palabras.

En relación a la deglución ningún sujeto presentó disfagia total portando sonda nasogástrica o sonda gástrica percutánea. Solo un 25% de la muestra presentó disfagia a líquidos.

Algunos sujetos durante el estudio mostraron cierta evolución en estos aspectos sin embargo esta no fue registrada o medida de forma específica ya que no formaba parte de los objetivos del estudio.

Tabla 6. Descripción de las intervenciones de Neurorrehabilitación efectuadas a la muestra.

Intervenciones		n	%
Terapia Ocupacional	Sí	11	91,7
	No	1	8,3
Fisioterapia	Sí	12	100
	No	0	0
Logopedia	Sí	6	50
	No	6	50
Neuropsicología	Sí	4	33,3
	No	8	66,7

En la tabla 6 se muestran el tipo de intervenciones que se realizaron en el servicio de Neurorrehabilitación del Hospital San Juan de Dios siendo estas Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Logopedia y Neuropsicología.

El 91,7% de la muestra fue atendida por parte de un terapeuta ocupacional. El total de la muestra realizaba terapia fisioterapéutica diaria. La mitad de la muestra llevó un seguimiento por un logopeda y un tercio de la muestra por un neuropsicólogo.

Tabla 7. Descripción del tiempo de estancia en la Unidad de rehabilitación y los periodos de tiempo desde el ictus hasta ingresar en la unidad y el tiempo total desde el ictus hasta el alta.

Tiempos	Media (DS)	Mínimo - Máximo
Tiempo de estancia	56,83 (18,58)	28 - 91
Tiempo desde el ictus hasta el Ingreso	24,50 (8,98)	13 - 43
Tiempo desde el ictus hasta el Alta	81,33 (22,55)	50 - 126

La estancia media de un sujeto en la unidad de Neurorrehabilitación fue de 56,83 días, siendo la estancia mínima 28 días y la máxima de 91 días, es decir

los sujetos permanecían en la planta entre 1 y 3 meses aproximadamente (Tabla 7).

El tiempo que transcurrió desde que un sujeto sufriese el ictus hasta que se estabilizara y pudiese ingresar en la unidad para comenzar la rehabilitación fue de media 24,50 días, con el menor tiempo de 13 días y el mayor de 43, entre 2 y 6 semanas aproximadamente (Tabla 7).

El tiempo transcurrido desde la aparición del ictus hasta el alta en la unidad de Neurorrehabilitación fue de media 81,33 días, con un mínimo de 50 días y un máximo de 126. Lo cual se traduce en 2 meses y 3 semanas de media, 1 mes y 3 semanas como mínimo, y 4 meses y dos semanas como máximo. Este tiempo representa el tiempo total de hospitalización de los sujetos hasta que recuperaron la funcionalidad posible cómo para volver a sus hogares o ser trasladados a una residencia (Tabla 7).

Capacidad funcional (Índice Barthel) al inicio y tras la Neurorehabilitación.

Tabla 8. Comparación Situación Funcional al Ingreso y al Alta.

Índice de Barthel Ingreso		Índice de Barthel Alta		p
Med (DS)	Mín. - Máx.	Med (DS)	Mín. - Máx.	
16,67 (18,62)	0 - 55	62,92 (14,99)	35 - 80	0,002

Tabla 9. Distribución de la Situación funcional al ingreso y al alta.

Situación funcional	Índice de Barthel Ingreso		Índice de Barthel Alta	
	n	%	n	%
Dependencia total [0 - 20]	9	75	0	0
Dependencia severa [21 - 60]	3	25	5	41,7
Dependencia moderada [61 - 90]	0	0	5	41,7
Dependencia escasa [91 - 99]	0	0	2	16,7

Al comparar la situación funcional del ingreso y del alta, medida mediante el Índice de Barthel, se observó que existe un incremento significativo de la capacidad funcional (Tabla 8).

Cómo se muestra en la tabla 9, al ingresar en la unidad de Neurorehabilitación el 75% de los sujetos tenían un Barthel mayor o igual de 20 lo cual indica una situación de dependencia total, el 25% restante tenían un índice de Barthel entre 21 y 60 indicando una situación de dependencia severa. Al alta no hubo sujetos con dependencia total, el 41,7% de ellos se encontraba en una situación de dependencia severa, otro 41,7% tenían un valor entre 61 y 90 lo cual indica dependencia moderada, el 16,7% restante se encontraba en una situación de dependencia escasa.

Tabla 10. Mejoría de la Situación funcional Índice de Barthel según sexo, tipo de ictus y edad.

		Situación funcional Barthel		p
		Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
Sexo	Hombre	10,00 (14,57)	69,00 (19,17)	0,106
	Mujer	21,43 (20,57)	58,57 (10,69)	
Tipo de ictus	Isquémico	15,00 (19,03)	62,78 (16,41)	1,000
	Hemorrágico	21,67 (20,20)	63,33 (12,58)	
Edad	Menores de 70	9,00 (15,16)	74,00 (8,21)	0,010
	Mayores de 70	22,14 (19,97)	55,00 (13,83)	

Existieron diferencias significativas respecto a la recuperación de la situación funcional según la edad ($p=0,010$), siendo los menores de 70 los que experimentaron una mayor evolución (Tabla 10).

Con respecto al sexo y al tipo de ictus no hubo diferencias significativas en la mejoría de la situación funcional, no obstante se observó que la mejoría es ligeramente mayor en hombres con mejores resultados al alta.

Calidad de Vida al ingreso y tras la Neurorehabilitación.

Tabla 11. Comparación de la Calidad de Vida al Ingreso y al Alta (EQ-5D).

	EUROQOL 5D		
	Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	p
Movilidad	4,17 (1,03)	2,75 (1,05)	0,007
Autocuidado	3,83 (1,26)	2,83 (0,83)	0,026
Actividades cotidianas	4,42 (0,99)	3,33 (0,98)	0,017
Dolor / Malestar	1,92 (1,24)	1,75 (0,96)	0,589
Ansiedad / Depresión	2,08 (1,44)	1,75 (1,05)	0,480
Salud Percibida 0 - 100	46,17 (22,22)	60,00 (16,65)	0,081

En el análisis comparativo de la CV mediante el cuestionario EQ-5D del ingreso frente al alta se observó una mejoría significativa de la CV en los campos de Movilidad ($p=0,007$), Autocuidado ($p=0,026$) y Actividades cotidianas ($p=0,017$) (Tabla 11).

El Dolor/Malestar y la Ansiedad/Depresión no experimentaron mejoría estadísticamente significativa aunque los valores mejoraron tras la rehabilitación.

A pesar de que la muestra mejoró conforme a su situación física y funcional, la valoración global de la salud percibida utilizando los resultados obtenidos con la escala del instrumento, no mejora significativamente ($p=0,081$) aunque se observan mejores valores al alta.

Tabla 12. Comparación Calidad de Vida al Ingreso y al Alta (ECVI-38).

	ECVI - 38		
	Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	p
Problemas físicos	59,58 (22,60)	32,08 (15,14)	0,003
Comunicación	52,60 (33,96)	40,10 (28,00)	0,015
Cognición	30,55 (24,18)	35,41 (21,35)	0,203
Emociones	42,91 (19,82)	34,58 (16,43)	0,034
Sentimientos	25,41 (18,88)	29,16 (22,74)	0,283
ABVD	79,68 (25,01)	45,83 (18,33)	0,002
ACVD	78,64 (24,63)	52,08 (20,00)	0,003
Funciones sociofamiliares	56,77 (24,41)	48,43 (19,24)	0,065
ECVI total	53,27 (17,45)	39,71 (13,97)	0,002

Tabla 13. Distribución de la Calidad de Vida al Ingreso y al Alta (ECVI-38).

	ECVI-38 Ingreso		ECVI-38 Alta	
	n	%	n	%
Sin afectación (<25)	1	8,3	1	8,3
Afectación leve (25-50)	4	33,3	9	75,0
Afectación moderada (50-75)	6	50,0	2	16,7
Afectación grave (75-100)	1	8,3	0	0

En la tabla 12 se muestran la evolución de los valores medios de la CV medida con la escala ECVI-38 antes y tras la rehabilitación. Valores más altos indican una mayor afectación de la CV.

Se observa una mejoría significativa de la CV total ($p=0,002$) en la muestra tras el paso por la unidad de Neurorehabilitación (Tabla 12).

Existió una mejoría significativa en los dominios de Problemas físicos ($p=0,003$), Comunicación ($p=0,015$), Emociones ($p=0,034$), ABVD ($p=0,002$) y ACVD ($p=0,003$).

En relación a los dominios de Cognición, Sentimientos y Funciones sociofamiliares no se observa variación significativa al alta. En los dominios de Cognición y Sentimientos se observó una tendencia al empeoramiento y en el dominio de Funciones sociofamiliares una ligera mejoría (Tabla 12).

Los dominios con peores resultados al ingreso fueron los de ABVD y ACVD, seguidos del dominio de Problemas físicos. También fueron los dominios donde mayor mejoría se observó (Tabla 12).

Si se analiza la ECVI-38 por categorías al ingreso un 8,3% presentó una afectación de la CV grave, el 50% de la muestra se encontraba afectada moderadamente, un tercio de la muestra mostraba una afectación leve y solo un 8,3% se consideraba sin afectación. Mientras que al alta ningún sujeto presentó afectación grave, el 16,7% se encontró afectado moderadamente, el 75% sufría una afectación leve de la CV y hubo un 8,3% sin afectación (Tabla 13).

Influencia de las variables estudiadas (socioeconómicas, estilos de vida, tipo de ictus, factores de riesgo, medicación, secuelas o tipo de rehabilitación) en la mejoría de la Calidad de Vida tras la Neurorrehabilitación

Tabla 14. Mejoría de Calidad de Vida (ECVI-38) según el sexo, la convivencia, el estado civil, el habito tabáquico, el consumo de alcohol y la edad.

		Mejoría ECVI-38		p
		Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
Sexo	Hombre	50,03 (21,62)	31,81 (13,74)	0,343
	Mujer	55,58 (15,21)	45,35 (11,95)	
Convivencia	Solo	62,81 (15,53)	50,18 (12,74)	0,838
	Institucionalizado*	49,68	33,12	
	Pareja	48,99 (20,29)	34,60 (14,13)	
	Hijos*	44,37	35,02	
Estado Civil	Casado	48,99 (20,29)	34,60 (14,13)	0,687
	Soltero/Divorciado	64,45 (20,88)	49,17 (22,70)	
	Viudo	54,10 (12,79)	42,63 (9,35)	
Hábito tabáquico	No fumador	53,04 (10,31)	40,96 (8,92)	0,121
	Fumador	74,14 (7,18)	47,87 (24,54)	
	Ex fumador*	13,56	12,56	
Consumo de alcohol	Sí	65,98 (16,78)	42,96 (19,33)	0,100
	No	49,03 (16,78)	38,63 (13,02)	
Edad	Menores 70	55,94 (25,24)	38,23 (20,39)	0,432
	Mayores 70	51,36 (11,10)	40,76 (8,79)	

*Categoría constituida por un individuo

En la tabla 14 se muestra la evolución de la CV tras la Neurorrehabilitación según los factores sociodemográficos y hábitos no saludables.

No hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en la mejoría de CV. Sin embargo los hombres muestran mejores valores tanto al ingreso como al alta.

Con respecto a la convivencia las diferencias no fueron significativas, se observó que aquellos que vivían solos tenían peores resultados de CV al ingreso y al alta, y una mejoría ligeramente menor que aquellos que residían con su pareja.

Según el estado civil, el grupo de casados obtuvo mejores resultados de CV tanto en el ingreso como en el alta. Sin embargo no hubo diferencias significativas en la mejoría de la CV.

En el hábito tabáquico y el consumo de alcohol no se mostraron diferencias significativas aunque se observan peores valores de CV en el grupo de los fumadores y de los que si bebían alcohol.

Tampoco hubo diferencias significativas entre menores y mayores de 70 en la mejoría de CV. Sin embargo la mejoría es ligeramente mayor en menores de 70 presentando peores valores al ingreso.

Tabla 15. Mejoría de Calidad de Vida (ECVI-38) según los factores de riesgo.

		Mejoría ECVI-38		p
		Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
HTA	Sí	53,91 (20,03)	39,80 (45)	0,864
	No	51,34 (7,84)	39,45 (8,50)	
DLP	Sí	55,17 (19,71)	39,50 (15,94)	0,209
	No	47,56 (7,41)	40,34 (7,46)	
DM II	Sí	56,48 (13,33)	43,52 (12,15)	0,553
	No insulino dependiente	41,00 (38,79)	33,99 (30,88)	
	Insulino dependiente	54,58 (13,97)	36,84 (9,46)	
FA	Sí	69,95 (9,01)	54,53 (11,39)	0,373
	No	47,81 (16,25)	34,77 (11,22)	
IMC	Normopeso	48,09 (6,14)	38,54 (7,08)	0,618
	Sobrepeso	55,93 (13,38)	42,98 (12,17)	
	Obesidad	55,78 (29,08)	37,61 (22,25)	

No hubo diferencias significativas en la mejoría de la CV al considerar la presencia de los factores de riesgo (Tabla 15).

Se observa que en los grupos que presentaban hipertensión arterial, dislipemia y fibrilación auricular la mejoría de la CV era ligeramente mayor, sin embargo los valores al ingreso eran peores que los que no padecían dichas enfermedades (Tabla 15).

Los diabéticos presentaron mejores resultados de CV al alta, siendo los insulín dependientes los que mostraron mayor mejoría de CV (Tabla 15).

Al ingreso aquellos con normopeso presentaban mejores resultados de CV, sin embargo al alta normopeso y obesidad presentan valores similares y sobrepeso ligeramente menores resultando ser el grupo con obesidad el que mayor mejoría de CV presentó (Tabla 15).

Tabla 16. Mejoría de Calidad de Vida (ECVI-38) según el tipo de ictus.

Tipo de ictus	Mejoría ECVI-38		p
	Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
Isquémico	52,96 (19,94)	37,96 (15,36)	0,482
Hemorrágico	54,19 (9,03)	44,94 (8,65)	

No existen diferencias significativas en la mejoría de la CV según el tipo de ictus, siendo la mejoría ligeramente mayor en el tipo isquémico (Tabla 16).

Tabla 17. Mejoría de Calidad de Vida (ECVI-38) según la administración de medicación antiagregante/anticoagulante.

Medicación antiagregante anticoagulante	Mejoría ECVI-38		p
	Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
No	44,03 (21,61)	36,75 (17,85)	0,033
Apixaban	66,16 (10,14)	48,99 (14,48)	
Ácido acetilsalicílico	59,37 (13,70)	31,82 (1,84)	
Ácido acetilsalicílico + Bemiparina	39,85 (3,44)	34,97 (3,05)	

Existe una diferencia significativa en la mejoría de la CV según la medicación antiagregante anticoagulante ($p=0,033$). Siendo mayor la mejoría en aquellos que toman ácido acetilsalicílico seguido de los que toman apixaban. Además

los que toman ácido acetilsalicílico obtuvieron el mejor resultado de CV al alta (Tabla 17).

Tabla 18. Mejoría de Calidad de Vida (ECVI-38) según la afectación del habla y la deglución.

		Mejoría ECVI-38		p
		Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
Habla	Afasia	69,65 (9,01)	54,53 (11,39)	0,416
	Deficiente*	42,29	37,13	
	Normal	48,50 (17,23)	34,47 (11,96)	
Deglución	Disfagia a líquidos	60,01 (9,75)	35,39 (6,32)	0,036
	Normal	51,02 (19,29)	41,15 (15,78)	

*Categoría constituida por un individuo

No hubo variaciones significativas conforme a la mejoría de la CV respecto al habla, sin embargo los sujetos con afasia presentan peores resultados de CV al ingreso y al alta. Solo hubo un individuo en la categoría de habla deficiente (Tabla 18).

La mejoría de CV se distribuyó de manera distinta y de forma significativa ($p=0,036$) según la deglución. La mejoría fue mayor en aquellos que tenían disfagia a líquidos, también su CV al ingreso estaba más afectada, y al alta obtuvieron mejores resultados de CV comparado con aquellos sin disfagia (Tabla 18).

Tabla 19. Mejoría de Calidad de Vida (ECVI-38) según las intervenciones de Neurorehabilitación.

		Mejoría ECVI-38		p
		Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
Terapia Ocupacional	Sí	54,71 (17,53)	40,34 (14,47)	0,333
	No*	37,42	32,81	
Fisioterapia	Sí	53,27 (17,45)	39,71 (13,97)	No realizable
	No	0	0	
Logopedia	Sí	63,07 (12,06)	46,34 (13,00)	0,310
	No	43,47 (17,14)	33,08 (12,43)	
Neuropsicología	Sí	61,49 (15,92)	51,77 (11,04)	0,570
	No	49,16 (17,66)	33,68 (11,04)	

*Categoría constituida por un individuo

No existieron diferencias significativas en la mejoría de la CV al considerar los pacientes que asistían a las intervenciones de Neurorehabilitación respecto a los que no las recibían (Tabla 19). Hay que tener en cuenta que solo hubo un individuo que no realizase terapia ocupacional y que toda la muestra llevaba a cabo intervención fisioterapéutica. Aquellos que recibían tratamiento rehabilitador en logopedia y neuropsicología presentaban peores valores de CV al ingreso y al alta.

Tabla 20. Mejoría de la Salud Percibida EVA EQ-5D según sexo, tipo de ictus y edad.

		Mejoría Salud percibida 0-100		p
		Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
Sexo	Hombre	42,40 (20,40)	57,00 (23,34)	1,00
	Mujer	48,86 (24,64)	62,14 (11,49)	
Tipo de ictus	Isquémico	46,00 (25,89)	63,89 (14,31)	0,209
	Hemorrágico	46,67 (5,77)	48,33 (20,81)	
Edad	Menores de 70	40,40 (22,32)	58,00 (23,07)	0,639
	Mayores de 70	50,29 (22,92)	61,43 (12,15)	

No hubo diferencias significativas de la mejoría de la salud autopercebida (EVA EQ-5D) según sexo, tipo de ictus o edad (Tabla 20).

Se observó que las mujeres puntuaron su salud con valores más altos tanto al ingreso como al alta. Hubo valores medios más altos al alta de la salud autopercebida en aquellos que sufrieron un ictus de tipo isquémico y en los mayores de 70.

Situación Funcional y Calidad de Vida

Se estudió mediante correlaciones no paramétricas con el coeficiente de Spearman si existía correlación entre el índice de Barthel y el resultado total de la ECVI-38.

No se observó correlación significativa entre la situación funcional (IB) y la Calidad de Vida al ingreso (ECVI-38) ($p=0,380$) con un coeficiente de correlación de $-0,279$. Tampoco se observó correlación significativa al alta entre el IB y la ECVI ($p=0,104$) con un coeficiente de correlación de $-0,492$.

Influencia de las variables estudiadas (sociodemográficas, estilos de vida, tipo de ictus, factores de riesgo, medicación, secuelas o tipo de rehabilitación) en la mejoría de los dominios de la Calidad de Vida tras la Neurorrehabilitación

En el estudio de la mejoría en distintos dominios con respecto a distintas variables se seleccionaron aquellos que previamente resultaron tener una mejoría significativa, los cuales son Problemas físicos, Comunicación, Emociones, ABVD, ACVD.

En el dominio de Problemas físicos se observó una diferencia significativa de la mejoría entre las distintas medicaciones antiagregantes o anticoagulantes ($p=0,033$). Siendo mayor la mejoría en aquellos que toman ácido acetilsalicílico seguido de los que toman aspirina, sin embargo el mejor resultado al alta lo presentan aquellos que toman aspirina (**Anexo 5-Tabla I**). Previamente observamos en la tabla 17 que la mejoría de la CV también es significativa según la medicación. El resto de resultados no fueron significativos

No influyó de manera significativa en la mejoría en el dominio de Comunicación tras la Neurorrehabilitación ni el sexo, ni la edad, ni el tipo de convivencia o el estado civil, ni el tipo de ictus o el tipo de medicación, ni la afectación en el habla o en la deglución.

En el dominio de Comunicación cabe destacar que la mejoría de la comunicación en la afasia es mayor que en habla normal, y que aquellos con afasia presentan peores valores tanto al ingreso como al alta, sin embargo, como se ha comentado anteriormente, la diferencia no es significativa (**Anexo 6-Tabla II**).

Tampoco se observaron diferencias significativas en el dominio de Emociones al considerar el sexo, la edad, el tipo de convivencia, el estado civil, el tipo de ictus, tipo de medicación, afectación en el habla o en la deglución (**Anexo 7-Tabla III**). Las mujeres presentaron mejores valores tanto al ingreso como al alta en el dominio de Emociones con una mejoría mínima, los hombres experimentaron una mayor mejoría pero peores resultados. Los mayores de 70 presentaron mejores resultados con una pequeña mejoría y los menores una mayor mejoría (**Anexo7-Tabla III**).

En el dominio de ABVD, no se observaron diferencias significativas al considerar las variables sociodemográficas, tipo de ictus, secuelas y tratamiento. Aunque no existieron diferencias significativas se observó una tendencia a una mayor mejoría y mejores resultados del dominio en hombres y en menores de 70 (**Anexo 8-Tabla IV**).

Dentro del dominio de ACVD tampoco se observaron diferencias significativas en la mejoría al analizar la muestra según sexo, edad, tipo de convivencia, estado civil, tipo de ictus, secuelas y tratamiento antiagregante/anticoagulante. A pesar de ello se observó una tendencia hacia una mayor mejoría y mejores resultados del dominio en hombres. Los viudos presentaron los peores resultados de actividades comunes y aquellos que convivían en pareja los mejores (**Anexo 9-Tabla V**).

Preguntas afectivo-sexuales, económico- laborales, de autoconcepto y de estado general de la ECVI-38

Tabla 21. Respuestas de la pregunta de estado de salud general del ECVI-38.

Estado de Salud General. Grado de recuperación.	Ingreso		Alta	
	n	%	n	%
Nada	4	33,3	0	0
Poco	4	33,3	3	25
Bastante	3	25	4	33,3
Mucho	1	8,3	5	41,7
Totalmente	0	0	0	0

En la última pregunta de la escala ECVI-38 que formula ¿En qué grado se ha recuperado de su enfermedad? Se observa que nadie consideró ni al ingreso ni al alta que se había recuperado totalmente. Al ingreso un 66,6% creía no haberse recuperado nada o poco, al alta todos reconocen algún grado de recuperación, un 75% creyó haberse recuperado bastante o mucho y un 25% poco (Tabla 21).

Tabla 22. Respuestas a preguntas afectivo-sexuales del ECVI-38.

¿Cuánta dificultad tiene usted para...	Cumplir su papel como esposo/a?				Sus relaciones sexuales?			
	Ingreso		Alta		Ingreso		Alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Extrema	7	58,3	5	41,7	10	83,3	9	75
Mucha	0	0	0	0	0	0	0	0
Bastante	1	8,3	2	16,7	1	8,3	2	16,7
Poca	1	8,3	3	25	1	8,3	1	8,3
Ninguna	3	25	2	16,7	0	0	0	0

Con respecto a las preguntas de ¿Cuánta dificultad tiene usted para cumplir su papel como esposo/a y sus relaciones sexuales?

Al ingreso el 83,3% de la muestra refirió extrema dificultad para sus relaciones sexuales que evolucionó al alta a un 75% de la muestra, el 58,3% expresó extrema dificultad en su rol marital al ingreso que evolucionó a un 41,7%. Aunque se reducen los valores sigue siendo una gran parte de la muestra afectada (Tabla 22).

Tabla 23. Respuestas a preguntas económico-laborales del ECVI-38.

¿Cuánta dificultad tiene usted para...	Tener independencia económica?				Realizar su actividad laboral?			
	Ingreso		Alta		Ingreso		Alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Extrema	3	25	2	16,7	10	83,3	8	66,7
Mucha	0	0	0	0	1	8,3	1	8,3
Bastante	0	0	0	0	0	0	2	16,7
Poca	3	25	6	50	1	8,3	1	8,3
Ninguna	6	50	4	33,3	0	0	0	0

En las preguntas que abordan la situación económica y laboral se observa cómo la mayoría de los sujetos presentan poca o nula dificultad para tener independencia económica y sin embargo se encuentran más dificultades en la realización de su actividad laboral. También se observa una tendencia de un menor porcentaje de sujetos tienen ninguna dificultad económica al alta, por lo que surgen dudas al alta de su independencia económica y se observa una reducción de las dificultades laborales al alta (Tabla 23).

Tabla 24. Respuestas a preguntas de autoconcepto del ECVI-38.

	¿Cómo se siente habitualmente con relación a su autoestima?				¿Con qué frecuencia siente usted sensación de ser útil?			
	Ingreso		Alta		Ingreso		Alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy mal / Nunca	1	8,3	0	0	1	8,3	1	8,3
Mal / Muy poco tiempo	0	0	1	8,3	2	16,7	2	16,7
Regular / Parte del tiempo	3	25	3	25	2	16,7	4	33,3
Bien / Mucho tiempo	8	66,7	7	58,3	5	41,7	2	16,7
Muy bien /Siempre	0	0	1	8,3	2	16,7	3	25

Con respecto a la autoestima el 91,7% se encontraba bien o regular al ingreso y muy bien, bien y regular al alta no encontrándose mucha diferencia. Sin embargo a la pregunta de con qué frecuencia tenían sensación de ser útiles se observa cómo aumentan los porcentajes al alta de los que se sienten útiles siempre y parte del tiempo disminuyendo el porcentaje de mucho tiempo (Tabla 24).

DISCUSIÓN

En este estudio se ha evidenciado la mejora de la Calidad de Vida y del grado de dependencia en los pacientes mayores de 60 años que tras sufrir un ictus reciben tratamiento neurorrehabilitador. A continuación se profundiza en los distintos aspectos de la CV y la situación funcional en el paciente mayor de ictus a partir comparando nuestros resultados con los de los autores en la literatura reciente.

Sobre la situación funcional

En nuestro estudio hemos observado una mejoría significativa de la situación funcional tras la Neurorrehabilitación, medida con el Índice de Barthel, de la muestra total con una mayor mejoría de los pacientes más jóvenes, menores de 70 años.

Resultados similares respecto a los observados por Soriano AP et al. que también encontraron diferencias significativas en la situación funcional medida mediante el Índice de Barthel a las 24-48h y a los 3 meses siendo mayor a los 3 meses la diferencia de medias fue de 49,15(8). En nuestro estudio la diferencia fue de 46,25 existiendo una mejoría significativa de la situación funcional desde el ingreso al alta con un tiempo medio de estancia en la unidad aproximadamente de dos meses. Esta mejoría fue mejor en los menores de 70 años en nuestro estudio, no hemos encontrado en la bibliografía otros estudios que hagan referencia a la existencia de una diferencia entre en la mejoría de la situación funcional con respecto a la edad de los pacientes de ictus tras la Neurorrehabilitación.

La similitud de resultados de situación funcional puede deberse a que las intervenciones llevadas en ambos estudios son similares, llevándose a cabo en el estudio de Soriano AP et al., las intervenciones de de fisioterapia en el 100%, el 90,5% terapia ocupacional y el 21,1% logopedia. También las características de la muestra son similares, hay que tener en cuenta que el 21,85% de su muestra proviene de la misma Unidad de Neurorrehabilitación donde se llevó a cabo este estudio. En nuestro estudio la media de tiempo

desde el ictus al alta fue de 81,33 días lo que equivaldría a casi tres meses con lo cual también son similares los tiempos de evolución(8).

Sobre la Calidad de Vida

ECVI-38

La Calidad de Vida estaba afectada en el 90% de los pacientes al ingresar en la Unidad de Neurorrehabilitación tanto al ingreso (33,3% leve, 50% moderada, 8,3% grave) como al alta (75% leve, 16,7% moderada). Comparando con el estudio de Mesa Barrera Y et al. en el cual la CV está afectada en casi el 80% (26% leve, 29% moderada, 23% grave) se observa un mayor porcentaje de pacientes afectados en nuestro estudio(28).

Los valores medios obtenidos con el cuestionario ECVI-38, indican una peor Calidad de Vida de nuestros pacientes inicialmente si los comparamos con los datos de otros estudios donde el nivel de afectación de la Calidad de Vida, medida con el mismo cuestionario, fue leve, obteniendo unos valores medios entre 31,89 y 49,1(6,8,17,28).

En nuestro estudio la media de la ECVI-38 al ingreso fue más alta, 53,27, indicando una peor Calidad de Vida (afectación moderada al ingreso). También existió una mejoría significativa de la Calidad de Vida con el paso por la Unidad de Neurorrehabilitación presentando un valor medio de CV de 39,71 al alta (afectación leve al alta) que se encuentra en el rango de CV del resto de estudios discutidos(6,8,17,28).

En el caso del estudio de Soriano AP et al., con un grupo de pacientes de la misma Unidad de Neurorrehabilitación, describen que estos pacientes tenían peores valores en la Calidad de Vida cuando los compara con pacientes de otras procedencias (neurología, unidad de ictus y de rehabilitación del Hospital Miguel Servet). Tal y cómo explican en sus limitaciones, el protocolo de derivación del proceso de ictus de Aragón establece que los pacientes con IB inferior a 20 son derivados al hospital de convalecencia correspondiente, en este caso el Hospital San Juan de Dios por lo que estos pacientes parten con una peor situación funcional a las 24-48h lo cual afecta a la Calidad de Vida(8).

Pinedo S y Rodríguez-Expósito F muestran valores ligeramente mejores que los de este estudio al alta. En el caso de Pinedo S et al. la diferencia podría ser debida al incremento del tiempo de estudio a 6 meses. No sabemos si la CV de nuestra muestra seguiría mejorando al aumentar el tiempo y podría igualar los resultados presentados por dichos autores. Además ambos estudios poseen muestras mayores que la nuestra siendo $n=157$ en el de Pinedo S, $n=50$ en el de Rodríguez-Expósito F(6,17).

Mesa Barrera Y et al. estudia la CV al año de evolución tras un ictus, obteniendo un valor de CV inferior con respecto al resto de los estudios. Esto podría atribuirse a la alta presencia de síntomas depresivos, afectación neurológica y cognitiva los cuales asociaron a una peor CV a un año de evolución del ictus, tampoco describen si su muestra se sometió a rehabilitación(28).

Al analizar la mejora de la CV en los distintos dominios de la ECVI-38, los dominios de ABVD y ACVD fueron los más afectados al ingreso y los que mayor mejoría experimentan en nuestros pacientes. El tercer dominio más afectado fue el de Problemas físicos y el cuarto el de Funciones sociofamiliares en el cual además no se observó mejoría significativa.

Coinciden con los resultados de nuestro estudio Pinedo S et al., Soriano AP et al. y Mesa Barrera Y et al. en que los dominios más afectados fueron los de ACVD y ABVD. Tanto Soriano AP como Mesa Barrera Y sitúan en tercera y cuarta posición los dominios de Funciones sociofamiliares y Problemas físicos respectivamente(6,8,28).

Rodríguez-Expósito F et al. aunque utilizan la escala ECVI-38, la analizan mediante cuatro dominios siendo el primero Problemas físicos, el segundo Problemas emocionales el tercero Dificultades en la vida personal familiar y social y el cuarto Estado de salud general. El dominio más afectado fue el tercero difiriendo de los otros autores(17).

EQ-5D

La Calidad de Vida medida con el cuestionario genérico EQ-5D, también experimentó una mejoría significativa tras la Neurorrehabilitación. Las dimensiones menos afectadas fueron la Ansiedad/Depresión y el Dolor/Malestar. Estas dimensiones no experimentaron mejoría tras el tratamiento. López Espuela F et al., sin embargo, observaron mayor afectación en estas dimensiones de Ansiedad/Depresión y Dolor/Malestar cuando estudiaron la CV a largo plazo en pacientes que sufrieron un ictus hacía cinco años, presentando estos pacientes problemas entre moderados y graves(10).

Nuestros datos no muestran mejoría si consideramos la valoración global de la escala analógica del EQ-5D. Tampoco cuando se consideraron las variables sociodemográficas, a diferencia de lo descrito por López Espuela F et al. que encontraron diferencias según sexo, según nivel de independencia y si había presencia de depresión(10).

Un aspecto que llama la atención en este estudio es que aunque se observa una evolución de la CV general, de los dominios de Problemas físicos, Comunicación, Emociones, ABVD y ACVD del ECVI-38, de la situación funcional IB, y de las dimensiones Movilidad, Autocuidado y Actividades cotidianas del EQ-5D, otros parámetros que miden la autopercepción del estado de salud, como la escala EVA del EQ-5D no da resultados significativos de mejoría o da puntuaciones menores por lo que surge una discordancia entre lo que ha mejorado el sujeto y lo que el mismo considera haber mejorado. Hay que tener en cuenta que esos resultados pueden verse influidos por el tamaño muestral, ya que en el caso de la escala analógica de Calidad de Vida la diferencia se aproxima a ser significativa, resultado que podría llegar a serlo con una muestra de mayor tamaño.

Pinedo S et al. explican que con el transcurso del tiempo la CV puede mejorar por el desarrollo de cierta adaptación de los pacientes a sus limitaciones funcionales, disminuyendo el impacto de las discapacidades físicas en la CV. Está descrito en la literatura que personas con secuelas graves de un ictus ocasionalmente y con el paso del tiempo expresan una mejor percepción de la

CV en la función física. Esto ocurre por los mecanismos de afrontamiento psicológicos del paciente frente a su deficiencia(6).

Sin embargo Peixoto B et al. observan que cuanto más tiempo había transcurrido del ictus más insatisfechos con su CV se encontraban los pacientes. Observaron la misma relación con el Índice de Barthel, lo que sugiere que los pacientes estaban lejos de estar satisfechos con su nivel de independencia. Peixoto B et al. sugieren que los pacientes después de un ictus tienen expectativas altas y a veces poco realistas de su recuperación funcional(29).

Por lo tanto las diferencias entre la mejoría de la Calidad de Vida en algunos dominios y la evaluación global y de la percepción del estado de salud también podrían explicarse por que los pacientes de nuestro estudio puedan necesitar un mayor periodo de tiempo para adaptarse a sus déficits y a su vida normal en el alta hospitalaria, o por que tuviesen unas expectativas mayores de mejoría y marchen a su domicilio o residencia con un nivel funcional que no habían imaginado. También podría deberse a la subjetividad del concepto de estado de salud general y cómo este tiene un significado distinto para cada individuo. Como se ha comentado anteriormente estos resultados no son concluyentes debido que pueden verse influido por el reducido tamaño muestral.

Sobre la Calidad de Vida y la situación funcional

Estudios previos han mostrado la existencia de asociación entre el grado de dependencia y la CV en pacientes de ictus. Soriano AP et al. asociaron una baja puntuación del IB tanto a las 24-48h del ictus como a los 3 meses con una peor Calidad de Vida(8).

Peixoto B et al. mediante regresión multilínea encontraron que la puntuación total de la ECVI-38 además de la de los dominios de Problemas físicos y de ABVD se correlacionaban con los resultados en el Índice de Barthel. Su estudio muestra que la Calidad de Vida total en pacientes que sufren un primer ictus era predicha por el nivel de independencia en las actividades de la vida diaria (IB)(29).

Pinedo S et al. también observaron una relación significativa entre la gravedad de la dependencia (IB) y el empeoramiento de la CV a los seis meses tras un ictus(6).

Rodríguez-Expósito F et al. encontraron correlación significativa entre el Índice de Barthel y la ECVI-38 en la fase aguda, especialmente con las dificultades en la vida personal, familiar y social y el estado de salud general(17).

López Espuela F et al. también observaron una relación entre la Calidad de Vida y la dependencia en las actividades de la vida diaria (IB) además de observar significativamente mejores valores del IB en hombres(10).

En nuestro estudio observamos una mejoría significativa de la situación funcional (IB) y de la Calidad de Vida ECVI-38 tras el paso por la unidad de Neurorehabilitación. Sin embargo no se ha podido demostrar la existencia de correlación entre las dos variables. Hay que tener en cuenta que el pequeño número muestral ha sido una limitación en algunos análisis.

Sobre la Calidad de Vida y el sexo

En nuestro estudio no se encontraron diferencias de Calidad de Vida según el sexo en la ECVI-38, ni en ninguno de sus dominios, aunque los hombres presentaron mejores valores tanto al ingreso como al alta en la escala total y en los dominios de ABVD y ACVD. Además se observó una tendencia hacia una mayor mejoría en los hombres.

Garin N et al. tampoco encontraron diferencias según el sexo en la CV en el ictus, si que encontraron diferencias en la discapacidad teniendo las mujeres peores resultados que los hombres en las mismas condiciones(11).

Soriano AP et al. no encontraron correlación entre el sexo y la puntuación de la ECVI-38, salvo en la dimensión de ACVD donde las mujeres presentaron una peor puntuación que los hombres(8).

Pinedo S et al. sí que observaron una CV significativamente peor en las mujeres que en los hombres con la ECVI-38. En su estudio, al igual que en el nuestro, la edad de las mujeres era significativamente superior que la de los

hombres. Sin embargo nosotros no hemos observado una peor CV en las mujeres(6).

Peixoto B et al. encontraron diferencias según el sexo en los dominios de Problemas físicos y ACVD del ECVI-38 presentando las mujeres mayor afectación en la CV. Sin embargo, al realizar la regresión multilínea no fue significativo, al contrario de lo que esperaban por la consideración de que las mujeres culturalmente se les hace responsables de la gestión del hogar(29).

En el estudio de López Espuela F et al. también se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la CV y en el índice de percepción de salud. Observaron diferencias entre hombres y mujeres en las dimensiones de Movilidad y Actividades cotidianas. Sugieren que este fenómeno podría explicarse porque quizás las mujeres presenten más limitaciones en la función muscular, por presentar ictus más severos, mayor edad, estado funcional previo más deteriorado y más enfermedades concomitantes lo cual puede afectar a la recuperación física. Además también encontraron diferencias de sexo en el IB. Sugieren que podría ser por las diferencias culturales de género al igual que observaron Peixoto B et al. y que las mujeres aunque estén jubiladas sigan realizando las tareas del hogar y encuentren más dificultades en realizarlas y que los hombres al no considerar estas tareas como cotidianas y no realizarlas puntúan mejor en esta dimensión(10).

La diferencia entre estos dos estudios es el tiempo desde el ictus, dado que en el de Peixoto B et al. el tiempo desde el ictus oscilaba entre dos meses y dos años, mientras que en el de López Espuela F et al. era a largo plazo siendo el tiempo desde el ictus de cinco años.

Los investigadores también observaron que vivir en pareja y/o estar casado constituía un factor beneficioso en la percepción de la CV(10).

En relación a esta afirmación en nuestro estudio no se observó ninguna diferencia significativa conforme al estado civil o la convivencia. Sin embargo sí que se observaron tendencias de una mayor mejoría de Calidad de Vida además de mejores resultados de esta tanto en la CV general como en los dominios de ABVD y ACVD en aquellos que estaban casados.

Sobre la Calidad de Vida y la edad

La edad media de la mayor parte de los estudios se encuentra entre 60-75 años aunque no todos los estudios se centran en la población anciana únicamente.

Soriano AP et al. encontraron correlación negativa entre la Calidad de Vida total de la ECVI-38, las dimensiones de ACVD y Funciones Sociofamiliares con la edad de forma estadísticamente significativa, observando que los pacientes de mayor edad tienen una peor percepción de la CV. Mesa Barrera Y et al. también encontró que la edad fue uno de los factores con mayor influencia sobre la CV. Y Peixoto B et al. encontraron una correlación entre la edad y la CV total del ECVI-38. Pero para Pinedo S et al. la edad no influía en la CV total y para López Espuela F et al. no se asociaba la puntuación obtenida en la escala EVA de CV con la edad(6,8,10,28,29).

En nuestro estudio no hubo diferencias significativas según la edad en la mejoría de Calidad de Vida de la ECVI-38. Sin embargo la mejoría es ligeramente mayor en menores de 70 presentando peores valores al ingreso. Tampoco hubo diferencias según la edad en la mejoría de la salud autopercebida de la escala EVA del EQ-5D siendo la mejoría de salud autopercebida ligeramente mayor en los menores de 70 pero los mayores tuvieron puntuaciones más altas. El hecho de que no se encuentren diferencias de edad en este estudio frente a los otros podría deberse a que la población de este es mayor de 60 años y en la de los otros incluye un rango de edad más amplio. Además hay que recordar la dificultad para establecer correlaciones con nuestros datos debido al pequeño número muestral.

Sobre la Calidad de Vida y la deglución

En nuestro estudio se observaron diferencias en la mejoría de la CV medida con la ECVI-38 según la deglución existiendo dos grupos aquellos con deglución normal y aquellos con disfagia a líquidos. Estos últimos experimentaron una mayor variación en la puntuación de su CV con un resultado al ingreso peor y al alta mejor que el del otro grupo. Extraña que sea el grupo con la afectación el que sufra una mayor mejoría, quizá podría

deberse a ser una secuela importante que afecta a la CV pero que también puede trabajarse en su rehabilitación y experimentar una mejoría durante el tiempo de estancia.

Pontes ÉS et al. llevaron a cabo un estudio sobre la Calidad de Vida relacionada con la deglución en personas mayores que han sufrido un ictus y establecen que la disfagia puede afectar de forma moderada o severa a la CV (4).

Sobre la Calidad de Vida y la Medicación anticoagulante/antiagregante

Nuestro estudio muestra una mejoría significativa de la Calidad de Vida y del dominio de Problemas físicos según la medicación anticoagulante o antiagregante, siendo mayor la mejoría en aquellos que tomaban Ácido acetilsalicílico. En la bibliografía no se han encontrado estudios acerca de la variación de la CV y estos fármacos. Una explicación a esta situación sería que fuese el tipo de ictus el que influyese en la CV, dado que la medicación anticoagulante se administra únicamente al tipo isquémico, sin embargo aunque en nuestro estudio los valores son ligeramente mayores no son significativos por lo que no se puede relacionar ambos eventos. Los autores tampoco encontraron diferencias de CV según el tipo de ictus (29).

Sobre algunas preguntas del ECVI-38

Sobre el grado de recuperación de la enfermedad

En el estudio de Pinedo S a los 6 meses de sufrir un ictus el 46,5% de los pacientes refirió haberse recuperado bastante de los déficits, un 21,7% mucho o totalmente y un 11,8% poco o nada.(6)

Nuestros resultados son similares al estudio anterior al haberse recuperado mucho un 41,7% y un 33,3% bastante. Sin embargo a diferencia del estudio anterior, en nuestro caso todos los pacientes mostraron alguna mejoría.

Sobre la autoestima y la sensación de ser útil

En el estudio de Pinedo S et al. un 36,3% de los pacientes refirió no sentirse útil nunca o muy poco tiempo. En nuestro estudio fue un 25% el que se sintió

de esa manera. Pinedo S et al. refiere que un 35% se encontró regular mal o muy mal con respecto a su autoestima, en nuestro estudio tuvimos resultados similares, un 33,3% se encontró regular o mal(6).

Sobre la actividad laboral y sexual

En el estudio de Pinedo S et al. la actividad sexual se vio alterada mucho o totalmente en un 29,3% de los casos mientras que en nuestro estudio llegó hasta el 83,3% al ingreso y el 75% al alta el porcentaje de extrema dificultad(6).

En nuestro estudio se observó cómo un 83,3 % de la muestra poseía poca o ninguna dificultad económica al alta, a pesar de de que un 75% referían mucha o extrema dificultad en su actividad laboral. En el estudio de Pinedo S se observa un porcentaje similar al nuestro de poca o nula dificultad pero difiere de nuestro estudio en el mayor porcentaje, un 76,4%, que tienen poca o ninguna dificultad para desempeñar su actividad laboral(6).

En el cuestionario ECVI-38 varios sujetos se mostraron desconcertados en relación a algunas de estas preguntas que corresponden al dominio de Funciones sociofamiliares, especialmente en los ítems de ¿Cuánta dificultad tiene usted para tener independencia económica// realizar su actividad laboral? Y ¿Cuánta dificultad tiene usted para cumplir su papel como esposo/a //sus relaciones sexuales?

Con respecto a la actividad laboral algunos afirmaban no saber que responder puesto que estaban jubilados y con respecto a la independencia económica referían que en el momento si eran independientes ya que podían subsistir con su pensión, sin embargo desconocían si cuando volviesen a su hogar, según el grado de autonomía que tuviesen tras la rehabilitación, necesitarían ayuda económica para que alguien les ayudase en el domicilio en sus actividades de la vida diaria o para abonar una plaza de residencia.

En el caso de cumplir su papel como esposo/a algunos sujetos eran viudos o solteros. Y en relación con el ítem de las relaciones sexuales algunos sujetos referían: que tanto el sujeto como su pareja eran demasiado mayores para mantener relaciones sexuales, que no tenían cónyuge para mantenerlas o que

se habían quedado viudos y no había habido ninguna persona más en sus vidas ni la habría.

Esta situación puede sugerir dos cosas, o una menor adaptación del cuestionario en personas mayores en esos aspectos o la expresión de discriminación por causa de la edad. También explica los peores resultados en el dominio de Funciones sociofamiliares del ECVI-38.

Limitaciones

La principal limitación ha sido el tamaño muestral del estudio, debido a que se ha realizado un estudio observacional prospectivo durante el tiempo que los enfermos estaban en rehabilitación. Teniendo en cuenta que el tiempo de estancia oscila entre 1 y 3 meses, y el número de plazas disponibles en la Unidad, no ha sido posible acceder a una muestra de mayor tamaño durante el tiempo de realización de este trabajo.

Todos los pacientes provenían de la misma Unidad de Neurorrehabilitación del Hospital San Juan de Dios, y no todos los que ingresaban cumplían los criterios de inclusión por lo que había que esperar toda su estancia hasta un nuevo ingreso factible de investigación.

Si confluimos el tiempo de estancia con el tiempo otorgado para la realización del trabajo fin de máster no permite realizar un seguimiento a largo plazo de la evolución de la Calidad de Vida más allá de la estancia hospitalaria y en su adaptación a su medio habitual. Por ello este estudio se centra en la evolución de la Calidad de Vida a corto plazo.

CONCLUSIONES

La Neurorehabilitación en una unidad hospitalaria tras un ictus tiene repercusiones positivas en la Calidad de Vida del individuo mayor, mejorando la capacidad funcional y reduciendo la dependencia.

Los dominios de la escala de Calidad de Vida (ECVI-38) que mejoraron tras la Neurorehabilitación fueron Problemas Físicos, Comunicación, Emociones, Actividades Básicas de la Vida Diaria y Actividades Comunes de la Vida Diaria. Las ABVD y las ACVD fueron los dominios que se encontraban más afectados al ingreso y los que mayor mejoría experimentaron.

El grado de mejoría en la Calidad de Vida se ha relacionado con el tratamiento anticoagulante o antiagregante y las alteraciones en la deglución.

La estancia media de un sujeto en la Unidad de Neurorehabilitación osciló entre 1 y 3 meses, siendo mayor la estancia en mujeres.

Sin embargo son diversas las variables que según la bibliografía podrían influir en la Calidad de Vida y que dadas las limitaciones del tamaño muestral no han permitido establecer conclusiones. No obstante es un campo de gran interés en la clínica y se debería seguir investigando para conocer los factores que influyen en la Calidad de Vida de estos pacientes y así poder intervenir sobre ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mar J, Álvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado MÁ, Yébenes M, et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurologia*. 2013;28(6):332-9.
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. 2016 [Internet]. [citado 1 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es>
3. The World Health Organization. Global burden of stroke. *atlas Hear Dis stroke*. 2004;15:50-1.
4. Pontes ÉS, Amaral AKFJ, Rêgo FLC, Azevedo EHM, Silva POC. Quality of life in swallowing of the elderly patients affected by stroke. *Arqu Gastroenterol*. 2017;54(1):27-32.
5. Dabrowska-Bender M, Milewska M, Duda-Zalewska A, Staniszevska A. The Impact of Ischemic Cerebral Stroke on the Quality of Life of Patients Based on Clinical , Social , and Psychoemotional Factors. *Natl Stroke Assoc*. 2017;26(1):101-7.
6. Pinedo S, Sanmartín V, Zaldibar B, Erazo P, Miranda M, Tejada P, et al. Calidad de vida a los 6 meses tras un ictus. *Rehabil*. 2016;50(1):5-12.
7. Bonicatto S, Soria JJ. WHOQOL. Los instrumentos de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud: manual del usuario. La Plata CATA. 1998;
8. Soriano Guillén AP, Coarasa Lirón de Robles A, Reigada Pérez De Santa Cruz P, Solano Bernad V. Empleo de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) para cuantificar y medir las consecuencias de un ictus. Relación con variables demográficas y clínicas. *Rehabilitacion*. 2013;47(4):213-22.
9. Leno Díaz C, Holguín Mohedas M, Hidalgo Jiménez N, Rodríguez-Ramos M, Lavado García JM. Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo. *Rev Cient la Soc Esp*

Enferm Neurol. 2016;44(C):9-15.

10. Lopez Espuela F, Portilla Cuenca JC, Leno Díaz C, Párraga Sánchez JM, Gamez-Leyva G, Casado-Naranjo I. Diferencias de género en la calidad de vida a largo plazo tras un ictus: influencia del estado funcional y el estado de ánimo. *Neurología*. 2017;
11. Garin N, Olaya B, Moneta MV, Miret M, Lobo A, Ayuso-Mateos JL, et al. Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population. *PLoS One*. 2014;9(11):1-12.
12. López-Liria R, Vega-Ramírez FA, Rocamora-Pérez P, Aguilar-Parra JM, Padilla-Góngora D. Comparison of two post-stroke rehabilitation programs: A follow-up study among primary versus specialized health care. *PLoS One*. 2016;11(11):1-13.
13. Chou CY. Determinants of the health-related quality of life for stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015;24(3):655-62.
14. Cumming TB, Brodtmann A, Darby D, Bernhardt J. The importance of cognition to quality of life after stroke. *J Psychosom Res*. 2014;77(5):374-9.
15. Guajardo VD, Terroni L, Sobreiro MDFM, Zerbini MIDS, Tinone G, Scaff M, et al. The influence of depressive symptoms on quality of life after stroke: A prospective study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015;24(1):201-9.
16. Moreno Palacios JA, Moreno Martínez I, Pintor Ojeda A, Nuño Estebez ME, Casado Blanco C, Moreno López J. Evolución funcional tras un ictus en mayoresde 85 años. *Rehabilitacion*. 2017;(xx):1-7.
17. Rodríguez-Expósito F, Cuesta-Vargas A. Relación y grado de contribución del estado neurológico y motor con el grado de autonomía y la calidad de vida del paciente con ictus cerebral agudo. *Rehabil*. 2017;51(2):86-94.
18. Serrano-Villar S, Fresco G, Ruiz-Artacho P, Bravo A, Valencia C, Fuentes-Ferrer M, et al. El ictus en pacientes muy ancianos: mitos y

- realidades. *Med Clin (Barc)*. 2013;140(2):53-8.
19. Hospital San Juan de Dios. El Hospital pone en marcha una nueva Unidad de Neurorrehabilitación [Internet]. 2016 [citado 24 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.hsjdzaragoza.com/es/comunicacion/el-hospital-pone-en-marcha-una-nueva-unidad-de-neurorrehabilitacion>
 20. The World Health Organization. Global Database on Body Mass Index [Internet]. 2018. Disponible en: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
 21. Van Reenen M, Janssen B. EQ-5D-5L User Guide. 2015;
 22. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy*. 1996;37(1):53-72.
 23. Badia, X., Monserrat, S., Roset, M., & Herdman M, Badia X, Monserrat S, Roset M, Herdman M. Feasibility, validity and test-retest reliability of scaling methods for health states: The visual analogue scale and the time trade-off. *Qual Life Res*. 1999;8(4):303-10.
 24. Fernández-Concepción O, Román-Pastoriza Y, Álvarez-González MA, Verdecia-Fraga R, Ramírez-Pérez E, Martínez-González-Quevedo J, et al. Desarrollo de una escala para evaluar la calidad de vida en los supervivientes a un ictus. *REV NEUROL*. 2004;39(10):915-23.
 25. 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):391-8.
 26. Fernández-Concepción O, Ramírez-Pérez E, Álvarez MA, Buergo-Zuáznabar MA. Validación de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38). *REV NEUROL*. 2008;46(3):147-52.
 27. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke*. 1999;30:1362-9.
 28. Mesa Barrera Y, Fernández-Concepción O, Hernández-Rodríguez T,

Parada-Barroso Y. Calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus al año de seguimiento. *Medisur*. 2017;14(5):1-10.

29. Peixoto B, Silva S, Sousa D, Rezende V. Quality of life predictors after first stroke : A study with post-acute patients. *Neurol , Psychiatry Brain Res*. 2017;23:10-5.

ANEXOS

- Anexo 1** El Cuestionario de Calidad de Vida EuroQol 5D.
- Anexo 2** Escala de Calidad de Vida en Ictus ECVI-38.
- Anexo 3** Permiso de Investigación del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.
- Anexo 4** Dictamen favorable certificado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón.
- Anexo 5** Tabla I Mejoría del dominio de Problemas físicos de la ECVI-38.
- Anexo 6** Tabla II Mejoría del dominio de Comunicación de la ECVI-38.
- Anexo 7** Tabla III Mejoría del dominio de Emociones de la ECVI-38.
- Anexo 8** Tabla IV Mejoría del dominio de Actividades Básicas de la Vida Diaria de la ECVI-38.
- Anexo 9** Tabla V Mejoría del dominio de Actividades Comunes de la Vida Diaria de la ECVI-38.

Anexo 1



Cuestionario de Salud

Versión en español para España

(Spanish version for Spain)

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar
- Tengo problemas leves para caminar
- Tengo problemas moderados para caminar
- Tengo problemas graves para caminar
- No puedo caminar

AUTO-CUIDADO

- No tengo problemas para lavarme o vestirme
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- No puedo lavarme o vestirme

ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- No puedo realizar mis actividades cotidianas

DOLOR/MALESTAR

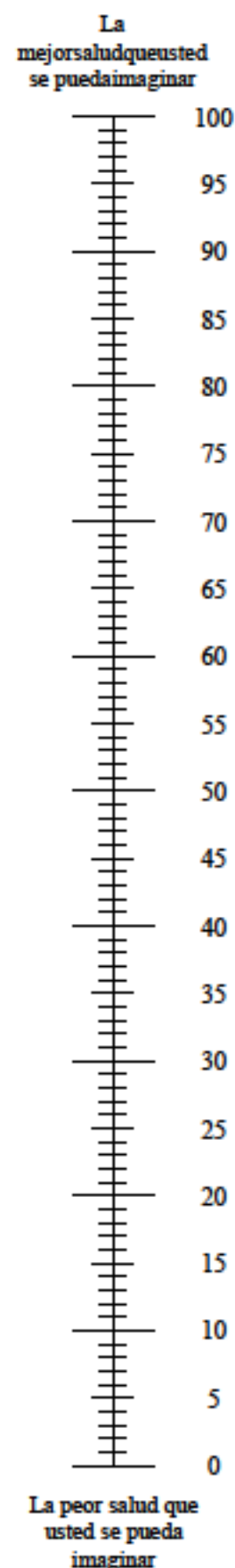
- No tengo dolor ni malestar
- Tengo dolor o malestar leve
- Tengo dolor o malestar moderado
- Tengo dolor o malestar fuerte
- Tengo dolor o malestar extremo

ANSIEDAD/DEPRESIÓN

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy levemente ansioso o deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido

- Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.
- La escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar. 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.
- Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUDHOY=



Anexo 2

Escala de Calidad de Vida Para el Ictus (ECVI-38)

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 como se siente.

4. ¿Cómo se siente habitualmente con relación a 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 que grado se ha recuperado de su enfermedad?	5	4	3	2	1

Anexo 3



D^a Pilar Legido Román

Enfermera

D^a Francisca Palmero Pérez, como **Directora de Enfermería** del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza le hace saber:

A D^a M^a Pilar Legido Román, que tras la revisión y análisis de su propuesta de trabajo "Evolución de la Calidad de Vida en pacientes de Ictus en Neurorrehabilitación" a llevar a cabo en nuestro Hospital durante cronología adjunta, se le comunica **que ha sido aceptada para su realización.**

Desde la Junta de Enfermería, el Comité de Docencia y la Comisión de Bioética del Centro se han analizado los documentos de confidencialidad e interés para dicha investigación, encontrándose razones que nos **hacen considerarlo altamente recomendable llevarlo a cabo en el HSJD de Zaragoza.**

Quedamos pendientes de su informe posterior con los resultados de la investigación y agradecemos su colaboración.

Atte.



Francisca Palmero Pérez

Directora de Enfermería HSJD Zaragoza

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 23/05/2018, Acta Nº 10/2018 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Evolución de la calidad de vida en pacientes con ictus en neurorehabilitación.

Alumna: M^a Pilar Legido Román

Director: Ana Gascón Catalán

Versión protocolo: v2, 4 de Mayo de 2018

Versión documento de información y consentimiento: v2, 4 de Mayo de 2018

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la correcta obtención del consentimiento informado, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización del proyecto.

Lo que firmo en Zaragoza

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Anexo 5: Tabla I Mejoría del dominio de Problemas físicos de la ECVI-38.

		Mejoría Problemas físicos		p
		Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
Sexo	Hombre	67,00 (31,14)	29,00 (17,81)	0,202
	Mujer	54,28 (14,55)	34,28 (13,97)	
Edad	Menores de 70	70,00 (31,02)	33,00 (16,04)	0,268
	Mayores de 70	52,14 (11,85)	31,42 (15,73)	
Tipo de ictus	Isquémico	60,55 (25,42)	28,33 (13,69)	0,482
	Hemorrágico	56,66 (14,43)	43,33 (16,07)	
Convivencia	Solo	58,75 (14,93)	31,25 (14,36)	0,909
	Institucionalizado*	60,00	15,00	
	Pareja	63,33 (29,94)	36,66 (16,93)	
	Hijos*	40,00	25,00	
Estado civil	Casado	63,33 (29,94)	36,66 (16,93)	0,677
	Soltero / Divorciado	67,50 (10,60)	25,00 (14,14)	
	Viudo	50,00 (12,24)	28,75 (14,36)	
Habla	Afasia	65,00 (10,00)	28,33 (16,07)	0,219
	Deficiente*	40,00	40,00	
	Normal	60,00 (26,59)	32,50 (16,47)	
Deglución	Disfagia a líquidos	75,00 (21,79)	23,33 (18,92)	0,064
	Normal	54,44 (21,57)	35,00 (13,69)	
Medicación antiagregante anticoagulante	Apixaban	71,25 (14,93)	27,50 (13,22)	0,033
	Ácido acetilsalicílico	80,00 (28,28)	30,00 (21,21)	
	Ácido acetilsalicílico + Bemiparina	40,00 (0)	37,50 (3,53)	
	No	47,50 (21,79)	35,00 (21,21)	

*Categoría constituida por un individuo

Anexo 6: Tabla II Mejoría del dominio de Comunicación de la ECVI-38

		Mejoría Comunicación		p
		Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
Sexo	Hombre	45,00 (28,43)	30,00 (23,00)	0,755
	Mujer	58,03 (38,64)	47,32 (30,58)	
Edad	Menores de 70	51,25 (37,08)	33,75 (29,18)	0,53
	Mayores de 70	53,57 (34,58)	44,64 (28,51)	
Tipo de ictus	Isquémico	56,25 (38,90)	40,27 (32,79)	0,145
	Hemorrágico	41,66 (7,21)	39,58 (3,60)	
Convivencia	Solo	79,68 (32,82)	64,06 (26,20)	0,814
	Institucionalizado*	68,75	56,25	
	Pareja	32,29 (27,50)	21,87 (20,05)	
	Hijos*	50,00	37,50	
Estado civil	Casado	32,29 (27,50)	21,87 (20,05)	0,554
	Soltero / Divorciado	84,37 (22,09)	65,62 (13,25)	
	Viudo	67,18 (32,02)	54,68 (27,65)	
Habla	Afasia	95,83 (7,21)	77,08 (3,60)	0,640
	Deficiente*	31,25	25,00	
	Normal	39,06 (26,88)	28,12 (21,12)	
Deglución	Disfagia a líquidos	72,91 (25,25)	47,91 (32,07)	0,100
	Normal	45,83 (34,93)	37,50 (28,12)	
Medicación antiagregante anticoagulante	Apixaban	89,06 (14,76)	67,18 (20,00)	0,770
	Ácido acetilsalicílico	59,37 (13,25)	34,37 (30,93)	
	Ácido acetilsalicílico + Bemiparina	15,62 (22,09)	12,50 (17,67)	
	No	31,25 (21,65)	29,68 (20,00)	

*Categoría constituida por un individuo

Anexo 7: Tabla III Mejoría del dominio de Emociones de la ECVI-38

		Mejoría Emociones		p
		Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
Sexo	Hombre	52,00 (24,89)	40,00 (21,79)	1,000
	Mujer	36,42 (13,75)	30,71 (11,70)	
Edad	Menores de 70	52,00 (24,89)	40,00 (21,79)	1,000
	Mayores de 70	36,42 (13,75)	30,71 (11,70)	
Tipo de ictus	Isquémico	40,00 (21,06)	31,11 (14,09)	1,000
	Hemorrágico	51,66 (15,27)	45,00 (21,79)	
Convivencia	Solo	41,25 (17,01)	36,25 (19,31)	0,645
	Institucionalizado*	25,00	25,00	
	Pareja	48,33 (24,01)	37,50 (17,24)	
	Hijos*	35,00	20,00	
Estado civil	Casado	48,33 (24,01)	37,50 (17,24)	0,556
	Soltero / Divorciado	45,00 (28,28)	45,00 (28,28)	
	Viudo	33,75 (6,29)	25,00 (4,08)	
Habla	Afasia	46,66 (16,07)	40,00 (21,79)	0,834
	Deficiente*	25,00	25,00	
	Normal	43,75 (22,16)	33,75 (16,20)	
Deglución	Disfagia a líquidos	50,00 (31,22)	30,00 (5,00)	0,373
	Normal	40,55 (16,47)	36,11 (18,83)	
Medicación antiagregante anticoagulante	Apixaban	42,50 (15,54)	33,75 (21,74)	0,384
	Ácido acetilsalicílico	55,00 (42,42)	30,00 (7,07)	
	Ácido acetilsalicílico + Bemiparina	27,50 (3,53)	30,00(7,07)	
	No	45,00 (18,25)	40,00 (20,41)	

*Categoría constituida por un individuo

Anexo 8: Tabla IV Mejoría del dominio de ABVD de la ECVI-38

		Mejoría ABVD		p
		Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
Sexo	Hombre	77,50 (37,13)	38,75 (18,95)	0,343
	Mujer	81,25 (14,87)	50,89 (17,46)	
Edad	Menores de 70	80,00 (37,86)	36,25 (17,89)	0,638
	Mayores de 70	79,46 (13,84)	52,67 (16,47)	
Tipo de ictus	Isquémico	77,08 (27,59)	44,44 (20,35)	0,600
	Hemorrágico	87,50 (16,53)	50,00 (12,50)	
Convivencia	Solo	87,50 (8,83)	56,25 (18,39)	0,960
	Institucionalizado*	81,25	50,00	
	Pareja	76,04 (35,25)	39,58 (19,63)	
	Hijos*	68,75	37,50	
Estado civil	Casado	76,04 (35,22)	39,58 (19,63)	0,358
	Soltero / Divorciado	87,50 (8,83)	43,75 (8,83)	
	Viudo	81,25 (11,41)	56,25 (18,39)	
Habla	Afasia	91,66 (3,60)	60,41 (20,09)	0,848
	Deficiente*	75,00	43,75	
	Normal	75,78 (29,96)	40,62 (17,03)	
Deglución	Disfagia a líquidos	89,58 (9,54)	54,16 (19,09)	0,864
	Normal	76,38 (28,08)	43,05 (18,34)	
Medicación antiagregante anticoagulante	Apixaban	92,18 (3,12)	57,81 (17,21)	0,647
	Ácido acetilsalicílico	90,62 (13,25)	43,75 (8,83)	
	Ácido acetilsalicílico + Bemiparina	62,62 (13,25)	37,50 (8,83)	
	No	68,75 (29,85)	39,06 (24,13)	

*Categoría constituida por un individuo

Anexo 9: Tabla V Mejoría del dominio de ACVD de la ECVI-38

		Mejoría ACVD		p
		Ingreso Med (DS)	Alta Med (DS)	
Sexo	Hombre	75,00 (33,36)	45,00 (23,13)	0,432
	Mujer	81,25 (18,75)	57,14 (17,46)	
Edad	Menores de 70	83,75 (32,95)	55,00 (19,46)	0,106
	Mayores de 70	75,00 (18,75)	50,00 (21,65)	
Tipo de ictus	Isquémico	74,30 (27,14)	48,61 (19,45)	0,864
	Hemorrágico	91,66 (7,21)	62,50 (31,65)	
Convivencia	Solo	85,93 (17,95)	60,93 (17,21)	0,611
	Institucionalizado*	56,25	18,75	
	Pareja	76,04 (31,22)	47,91 (17,07)	
	Hijos*	87,50	75,00	
Estado civil	Casado	76,04 (31,22)	47,91 (17,07)	0,465
	Soltero / Divorciado	78,12 (30,93)	43,75 (35,35)	
	Viudo	82,81 (15,62)	62,50 (18,39)	
Habla	Afasia	93,75 (10,82)	66,66 (15,72)	0,839
	Deficiente*	62,50	43,75	
	Normal	75,00 (27,75)	47,65 (20,84)	
Deglución	Disfagia a líquidos	79,16 (21,94)	39,58 (18,04)	0,100
	Normal	78,64 (26,72)	56,25 (19,76)	
Medicación antiagregante anticoagulante	Apixaban	93,75 (8,83)	64,06 (13,85)	0,194
	Ácido acetilsalicílico	78,12 (30,93)	34,37 (22,09)	
	Ácido acetilsalicílico + Bemiparina	56,25 (8,83)	43,75 (0)	
	No	75,00 (33,85)	53,12 (25,76)	

*Categoría constituida por un individuo

