

Calidad de vida en pacientes supervivientes a un Ictus Isquémico

Quality Of life In surviving patients UIT Isquemic Ictus

*Belinda Cardona Banegas, **Claudia Amador

RESUMEN:

Objetivo. Evaluar calidad de vida en supervivientes de un ictus a través de 2 escalas de salud. La limitación funcional y el déficit neurológico en dichos pacientes.

Métodos. Este es un estudio descriptivo, transversal en pacientes que sobrevivieron a un ictus, captados en la consulta externa de neurología y medicina interna, sala de hospitalización y emergencia de medicina interna del Hospital Escuela, con evolución del evento isquémico menor de un año, entre septiembre del 2002 a septiembre del 2003. Se les aplicó dos encuestas de calidad de vida la encuesta SF-36 y el perfil de salud de Nottingham (PSN), limitación física con la escala de Barthel y el déficit neurológico con el "national institute of health stroke scale" (NIHSS).

Resultados. Se estudiaron 59 pacientes con edades entre 24-92 años. Se encontró que ambas encuestas de calidad de vida coinciden que la mayor parte de sus ítems se encontraban afectados con excepción del dolor. 28 (47.6%) pacientes tuvieron limitación leve en la escala de Barthel. NIHSS demostró en su mayoría 50 (84.7%) pacientes con un déficit leve.

Conclusión. En esta investigación se refleja la influencia de los factores psicosociales y físicos y pone de manifiesto que el componente subjetivo tiene peso superior y si no igual al de los propios factores objetivos de la enfermedad.

Summary.

Objective. Evaluate quality of life in surviving patients with ischemic ictus using two health scales. Physical limitation and neurologic deficit.

Methods. This is an descriptive, transversal study where we work with patients that survived an ictus attended on the Neurology and Internal medicine external attention ward. hospital ward and the ER of Internal Medicine at the National School hospital. Patients with less than a year after the ischemic event (between sept 2002

and sept 2003) were subjected to quality of life surveys: SF-36 and the Nottingham Health Profile (NHP), physical limitation with the Barthel scale and neurologic deficit with the national institute of health stroke scale (NIHSS).

Results. 59 patients with ages ranging between 24-92 years were studied. It resulted that both quality of life surveys coincide that the majority of their items were affected excepting pain 28(47.6%) patients had mild limitation in Barthel scale. NIHSS demonstrated mild deficit in 50(84%) patients, most of them.

Conclusion. this study reflects the influence of the psychosocial and physical factors, relating to quality of life perceived by post ictus patients. Reflects that the subjective component weighs more if not the same as their own disease objective factors.

Palabras claves: calidad de vida, SF-36, Perfil De Salud De Nottingham, Barthel, NIHSS, ictus.

Introducción

La calidad de vida relacionada con la salud 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, a un accidente, tratamiento o política determinada. ⁽¹⁾

Es determinante el impacto sobre el bienestar psicosocial, físico, el grado de satisfacción del paciente y su familia, así como la percepción de la enfermedad y el manejo médico aplicado.

A pesar que técnicas de imagen permiten una localización mas exacta de la lesión isquémica, son los signos y síntomas neurológicos todavía las bases mas aplicables para la cuantificación de las

* Residente de III año de Medicina Interna

**Especialista en neurología y medico asistencial del servicio de neurología del Hospital Escuela

afectaciones con propósitos de pronóstico y seguimiento.

Un poco más de un cuarto de los pacientes con evento cerebro vascular del tipo isquémico mueren durante la hospitalización. La recuperación para los supervivientes es a menudo incompleta. La secuela de un evento cerebro vascular significa dependencia en diferentes aspectos de la vida diaria y un importante déficit neurológico residual. ⁽²⁾

La calidad de vida se evalúa con la aplicación de cuestionarios que son los instrumentos diseñados para su valoración; los cuales miden los cambios provocados en la salud física, funcional, mental y social. Cada una de las áreas antes nombradas pueden medirse objetiva y subjetivamente. ⁽³⁾

Con el presente trabajo se pretende medir la calidad de vida en los pacientes sobrevivientes a un ictus a través de los cuestionarios SF-36 y el perfil de salud de Nottingham así mismo su grado de discapacidad y el déficit neurológico con las escalas de Barthel y de NIHSS (national institute of health stroke) respectivamente y comparar los resultados con la literatura internacional.

Métodos Y Pacientes

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en 59 pacientes que sobrevivieron a un ictus isquémico de reciente instalación hasta de un año de evolución. En un periodo de septiembre del 2002 a septiembre del 2003. Fueron captados en la consulta externa de neurología y de medicina interna, salas de hospitalización y emergencia del servicio de medicina interna del Hospital Escuela.

Se aplicó a cada paciente 4 diferentes instrumentos para evaluar calidad de vida, como el SF-36 (Perfil de Salud) y Escala de Salud de Nottingham, Índice de Barthel (limitación de la actividad) y Escala de Instituto de Salud (National institute of health stroke scale) para el déficit neurológico. ^(4,5) Cada uno consiste de ítems, que evalúan

sobre áreas específicas de la vida y siguiendo los protocolos de calidad de vida aplicados internacionalmente para supervivientes de un ictus. ^(4,5)

El cuestionario SF- 36 evalúa aspectos de calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. La SF-36 es un instrumento auto aplicado, contiene 36 preguntas.

Función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (V), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM). ^(5,6)

FF función física

- 1a** actividades vigorosas: correr, levantar objetos pesados,
- 1b** actividades moderadas: barrer, trapear, lavar, jugar fútbol
- 1c** llevar las compras del mercado
- 1d** subir varios pisos por escalera
- 1e** subir un peso por la escalera
- 1f** arrodillarse, agacharse
- 1g** caminar mas de diez cuerdas
- 1h** caminar varias cuerdas
- 1i** caminar una cuerda
- 1j** bañarse o vestirse

RF rol físico

- 2a** ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo
- 2b** ha logrado hacer menos de lo que le gustaría
- 2c** ha tenido limitaciones en el trabajo
- 2d** ha tenido dificultades en realizar su trabajo

DC dolor corporal

- 3** cuanto dolor físico ha tenido durante el ultimo mes
- 4** cuanto el dolor le ha dificultado su trabajo

SG salud general

- 5a** parece que me enfermo más fácil que los demás

- 5b** tengo tan buena salud como cualquiera
5c creo que mi salud va empeorando
5d mi salud es excelente
6 su salud en general previa al ictus
7 comparando su salud actual con la previa al ictus

V vitalidad

- 8a** se siente lleno de vida
8b se siente lleno de energía
8c se siente agotado
8d se siente cansado

FS función social

- 9** en que medida su salud física o mental han dificultado sus actividades sociales
10 en el último mes cuanto tiempo su salud física o emocional dificultan sus actividades sociales

RE rol emocional

- 11a** ha disminuido el tiempo de trabajo por problemas emocionales
11b ha hecho menos de lo que gustaría por problemas emocionales
11c ha hecho el trabajo con el cuidado de siempre

SM salud mental

- 12a** se siente una persona nerviosa
12b se siente decaído
12c se siente tranquilo
12d se siente triste
12e se siente feliz ^(5,6)

Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican, los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). ^(5,6)

El **perfil de salud de Nottingham (PSN)** es un cuestionario de calidad de vida en relación con la salud que mide seis aspectos de la misma: sueño, dolor, movilidad física, energía, reacciones emocionales y aislamiento social.

Son seis dimensiones cada una con su ítem.

Sueño: ¿tomo pastillas para dormir? ¿Me despierto antes de la hora?

Dolor: ¿tengo dolor por la noche? ¿Tengo un dolor insoportable? ¿Tengo dolor al caminar? ¿Tengo dolor al cambiar de posición?

Movilidad física: ¿me cuesta agacharme? ¿Solo puedo andar por dentro de la casa? ¿Soy totalmente incapaz de andar? ¿Me cuesta subir y bajar escaleras? ¿Me gusta coger las cosas?

Energía: ¿siempre estoy fatigado? ¿Todo me cuesta un esfuerzo?

Reacciones emocionales: ¿las cosas me deprimen? ¿He olvidado que es pasarla bien? ¿Tengo los nervios de punta? ¿Últimamente me resulta difícil contactar con la gente? ¿Los días se me hacen interminables? ¿Últimamente me enfado con facilidad?

Aislamiento social: ¿me encuentro solo? ¿Creo que soy una carga para los demás? ⁽⁷⁾

Cada ítem describe una situación de malestar mas o menos importante. El entrevistado contesta "sí" cuando la descripción refleja su estado de salud actual y "no" en caso contrario. Se calculan las puntuaciones para cada dimensión mediante la suma del número de respuestas afirmativas para cada dimensión, se divide por el total de ítem de aquella dimensión y se multiplica por 100, y cuanto mayor es la puntuación, peor es la calidad de vida y salud percibidas. ⁽⁸⁾

La limitación de la actividad se midió con el **índice de Barthel**. El índice de Barthel mide la independencia funcional en el cuidado personal y movilidad del paciente. Contiene 10 ítem que evalúa las que son consideradas como actividades de la vida diaria: alimentarse, aseo diario, vestirse, arreglarse, control de esfínteres (deposición, micción), usar el retrete, traslado a silla o cama, deambulación, subir o bajar escaleras.

****Comer:** independiente tiene puntuación de 10, necesita ayuda = 5 puntos, dependiente = 0 puntos

**Aseo diario (bañarse): independiente = 5, dependiente = 0

**Vestirse: independiente = 10 puntos, necesita ayuda = 5, dependiente = 0

**arreglarse: independiente = 5 puntos, dependiente = 0

**deposición: continente = 10 puntos, accidente ocasional = 5 puntos, incontinente = 0 puntos (como accidente ocasional menos de una vez por semana o necesita ayuda con enemas o supositorios).

**micción: continente = 10 puntos, accidente ocasional = 5 puntos, incontinente = 0 puntos (como accidente ocasional se interpreto máximo un episodio de incontinencia en 24 horas, incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y de otros dispositivos).

**Usar el retrete: independiente = 10, necesita ayuda = 5, dependiente = 0

**Traslado a silla / cama: independiente = 15 puntos, mínima ayuda = 10 puntos, gran ayuda = 5 puntos, dependiente = 0 puntos

**deambulaci3n: independiente = 15 puntos, necesita ayuda = 10 puntos, independiente = 5 puntos, dependiente = 0 puntos

**Subir o bajar escaleras: independiente = 10, necesita ayuda = 5, dependiente = 0

Se puntúa de 0 a 100 con incremento de cinco en cinco puntos, los valores que se encuentren más elevados indican independencia y el valor de 0 indica el peor grado funcional.

Las puntuaciones se interpretan de la siguiente manera:

Independiente: 100 pto (95 sí permanece en silla de rueda)

Dependiente leve: > de 60 pto

Dependiente moderado: 40-55 pto

dependiente grave: 20-35 pto

Dependiente total: < de 20 pto⁽⁹⁾

Y se les aplico además la escala **“National institute of health stroke scale” (NIHSS)** para la medición del déficit neurológico y obtener una medición objetiva de la focalización.

-Nivel de conciencia: alerta = 0, despierta a estímulos menores = 1, requiere estímulos repetidos o fuertes = 2, responde solo con reflejos motores o efectos autonómicos, o sin respuesta = 3

-Nivel de conciencia. Se pregunta el mes y la edad: contesta ambas preguntas correctamente = 0, Contesta una pregunta correctamente = 1, no responde 2

-Nivel de conciencia. Se le pide abrir y cerrar ojo y mano no parética: ejecuta ambas correctamente = 0 puntos, una tarea correcta = 1, ninguna = 2.

-Mirada: normal = 0, parálisis parcial = 1 cuando la mirada es anormal en uno o ambos ojos pero donde la parálisis total no esta presente, paresia total mirada = 2

-Visual: no hay perdida = 0, hemianopsia parcial = 1, hemianopsia completa = 2, hemianopsia bilateral = 3.

-Parálisis facial: movimientos asimétricos normales = 0, parálisis menor = 1, parálisis parcial = 2, parálisis total de uno o ambos lados = 3.

-Motor miembro superior (derecho e izquierdo): eleva en 90 grados = 0, lo anterior pero no puede mantenerse por 10 segundos = 1 algunos esfuerzos contra la gravedad, el brazo no puede mantenerse a 90 grados = 2, no hay esfuerzo contra la gravedad = 3, no movimiento = 4

-Motor miembro inferior (derecho e izquierdo): eleva la pierna durante 5 segundos = 0 puntos, lo anterior pero menos de 5 segundos y no impacta en la cama = 1, algunos esfuerzos contra la gravedad, pero la pierna cae sobre la cama = 2 puntos, no hay esfuerzo contra la gravedad = 3 puntos, no hay movimiento = 4 pt

-Ataxia (dedo-nariz, tal3n- rodilla): ausente = 0, presente en uno = 1, presente en dos = 2 pto.

-Sensorio (pinchar cara, brazos, y piernas): ausente = 0, perdida parcial = 1, perdida severa = 2 pto

-Lenguaje: normal, sin afasia = 0, afasia leve a moderada (obvia perdida de la afluencia sin limitaci3n para expresar ideas) = 1 puntos, afasia severa (toda la comunicaci3n esta fragmentada, es necesario el cuestionamiento) = 2, afasia global = 3.

-Disartria: normal = 0, leve a moderado = 1, severo = 2.

-Inatención: no anomalías = 0 puntos, abolición para estímulos simultáneos en uno de los sentidos = 1 punto, profunda heminatención en uno de los sentidos, no reconoce sus manos o orientación en el espacio = 2.

La puntuación se interpreta así:

10 es leve

11-20 es moderado

21 es severa ^(10,11)

Los datos fueron analizados en EPI INFO versión 2000 de la CDC (centers for disease control and prevention) de Atlanta.

Resultados

Se evaluó un total de 59 pacientes supervivientes de ictus isquémico.

De los cuales 33(55.9%) fueron pacientes del sexo femenino y con edades comprendidas entre 45 y 92 años.

En el cuadro 1 se caracteriza los pacientes evaluados (edad, sexo, ocupación y factores de riesgo). Al momento de realizar la encuesta 23 (38.9%) de los pacientes estaban en un periodo de ictus menor 3 meses, 19 (32.2%) tenían de 9 a 12 meses, 9 (15.2%) pacientes de 6 a 9 meses y 8 (13.5%) de ellos llevaban una evolución de 3-6 meses.

Cuadro 1
CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES POST-ICTUS
(N=59)

| | N/pacientes | porcentaje |
|-------------------------|-------------|------------|
| edad | | |
| 20-39 | 1 | 1.70% |
| 40-59 | 20 | 33.90% |
| 60-79 | 25 | 42.37% |
| < 80 | 13 | 22.03% |
| sexo | | |
| F | 33 | 55.90% |
| M | 26 | 44.10% |
| ocupación | | |
| agricultor | 14 | 28.81% |
| ama de casa | 25 | 42.37% |
| desempleado | 5 | 8.48% |
| comerciante | 2 | 3.39% |
| profesional | 1 | 1.70% |
| • otros factores riesgo | 9 | 15.25% |
| HTA | 28 | 47.50% |
| DM | 12 | 20.35% |
| tabaquismo | 7 | 11.90% |
| cardiopatías | 5 | 8.50% |
| ninguno | 17 | 28.80% |

• otras ocupaciones (costureras 2, mecánicos 3, conserje 2 y vigilante 2, obreros 3)

En el cuadro 2 se hace una correlación entre la actividad laboral y la situación económica previa y posterior al ictus.

54 pacientes (91.5%) se encontraban en etapa productiva al momento de sufrir el ictus.

48 (88.8%) presentaban situación económica regular en el momento del ictus y 37 de ellos (68.5%) posterior al ictus mantuvieron su situación económica regular ya que recibieron apoyo familiar en el aspecto financiero. Los más afectados fueron los pacientes que no tienen profesión u oficio como ser agricultores que su situación empeoró posterior al ictus, teniendo en cuenta que previo al problema de salud ya su situación era mala.

Cuadro 2
COMPARACIÓN DE SITUACIÓN ECONÓMICA
PRE Y POST ICTUS

| Ocupación | Mala | | Regular | | Buena | |
|--------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|
| | pre | post | pre | post | pre | post |
| agricultor | 2 | 7 | 10 | 7 | 2 | 0 |
| ama de casa | 1 | 5 | 21 | 19 | 3 | 1 |
| comerciante | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| desempleado | 0 | 1 | 3 | 3 | 1 | 0 |
| jubilado | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| obrero | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 |
| profesional | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| *otros | 1 | 5 | 7 | 3 | 1 | 1 |
| total | 4 | 20 | 48 | 37 | 7 | 2 |

* otras ocupaciones (costureras 2, mecánicos 3, conserje 2 y vigilante 2)

Al demostrar los resultados de las variables de calidad de vida del cuestionario SF-36 (cuadro 3) encontramos que la función física está limitada en la mayor parte de las actividades en los diferentes niveles que el cuestionario evalúa, con excepción de actividades como vestirse o bañarse el mayor porcentaje está limitado un poco o no está limitada, 40.7% y 47.7% respectivamente.

Tanto en el rol físico (RF) como el rol emocional (RE) con respecto al trabajo se evidencia que se ha disminuido la actividad y el tiempo de trabajo desempeñado por los pacientes.

Cuadro 3
DESCRIPCIÓN ESTADÍSTICA DEL SF-36 EN PACIENTES POST ICTUS(N = 59)

| Items | Distribución por orden de frecuencia (%) | | | | | | DE | MEDIA |
|-------|--|---------------|---------------|--------------|-----------------------|----------|------|-------|
| FF | limitado | poco limitado | No limita | | | | | |
| 1a | 72.9 | 18.6 | 8.5 | | | | 34.6 | 16.2 |
| 1b | 44.1 | 32.2 | 23.7 | | | | 10.2 | 31.2 |
| 1c | 49.2 | 28.8 | 22 | | | | 14.1 | 29.8 |
| 1d | 64.4 | 23.7 | 11.9 | | | | 27.5 | 21.1 |
| 1e | 42.4 | 28.8 | 28.8 | | | | 7.8 | 32.2 |
| 1f | 47.5 | 32.2 | 20.3 | | | | 13.6 | 29.5 |
| 1g | 67.8 | 18.6 | 13.6 | | | | 28.9 | 21.1 |
| 1h | 42.4 | 28.8 | 28.8 | | | | 7.85 | 32.2 |
| 1i | 44.1 | 20.3 | 35.6 | | | | 12.0 | 29.9 |
| 1j | 11.9 | 40.7 | 47.4 | | | | 18.8 | 23.1 |
| RF | no | si | | | | | | |
| 2a | 16.9 | 83.1 | | | | | 46.8 | 28.0 |
| 2b | 20.3 | 79.7 | | | | | 42 | 32.3 |
| 2c | 28.8 | 71.2 | | | | | 29.9 | 41.0 |
| 2d | 28.8 | 71.2 | | | | | 29.9 | 41.0 |
| DC | muy severo | severo | moderado | poco | muy poco | no dolor | | |
| 3 | 0 | 0 | 10.2 | 5.1 | 22 | 62.7 | 23.1 | 11.2 |
| | demasiado | mucho | mas o menos | un poco | nada | | | |
| 4 | 0 | 3.4 | 5.1 | 13.5 | 78 | | 35.6 | 6.9 |
| SG | definitivamente cierto | cierto | no se | falsa | definitivamente falsa | | | |
| 5a | 18.6 | 22 | 27.1 | 3.4 | 28.9 | | 10.1 | 10.7 |
| 5b | 0 | 22 | 13.6 | 27.1 | 37.3 | | 14.1 | 21.8 |
| 5c | 20.3 | 18.6 | 32.2 | 25.4 | 3.5 | | 10.6 | 10.8 |
| 5d | 1.7 | 5.1 | 0 | 33.9 | 59.3 | | 25.9 | 4.8 |
| | mala | regular | buena | excelente | | | | |
| 6 | 1.7 | 54.2 | 30.5 | 13.6 | | | 22.7 | 5.6 |
| | muy mala | mala | regular | buena | | | | |
| 7 | 33.9 | 44.1 | 20.3 | 1.7 | | | 18.3 | 5.8 |
| V | nunca | casi nunca | algunas veces | muchas veces | casi siempre | siempre | | |
| 8a | 30.5 | 45.8 | 18.6 | 1.7 | 3.4 | 0 | 18.5 | 5.0 |
| 8b | 40.6 | 42.4 | 11.9 | 1.7 | 3.4 | 0 | 19.6 | 4.9 |
| 8c | 6.7 | 22 | 45.8 | 8.5 | 13.6 | 3.4 | 15.6 | 8.5 |
| 8d | 3.4 | 15.3 | 50.8 | 15.3 | 11.9 | 3.3 | 17.5 | 7.2 |
| FS | nada | un poco | mas o menos | mucho | demasiado | | | |
| 9 | 28.8 | 6.8 | 25.4 | 35.6 | 3.4 | | 14.1 | 9.2 |
| | nunca | casi nunca | algunas veces | casi siempre | siempre | | | |
| 10 | 15.3 | 27.1 | 8.5 | 37.3 | 11.8 | | 11.9 | 15.0 |
| RE | no | si | | | | | | |
| 11a | 15.3 | 84.7 | | | | | 49.0 | 95.2 |
| 11b | 76.3 | 23.7 | | | | | 37.1 | 36.1 |
| 11c | 16.9 | 83.1 | | | | | 46.8 | 28.0 |
| SM | nunca | casi nunca | algunas veces | muchas veces | casi siempre | siempre | | |
| 12a | 32.2 | 32.2 | 20.3 | 5.1 | 8.5 | 1.7 | 13.5 | 5.9 |
| 12b | 1.7 | 23.7 | 37.3 | 8.5 | 23.7 | 5.1 | 13.7 | 5.9 |
| 12c | 0 | 20.3 | 28.8 | 11.9 | 32.2 | 6.8 | 12.6 | 14.4 |
| 12d | 0 | 22 | 44.1 | 10.2 | 20.3 | 3.4 | 16.0 | 9.8 |
| 12e | 8.5 | 27.1 | 54.2 | 5.1 | 5.1 | 0 | 20.6 | 8.8 |

Aplicado el cuestionario SF-36 a supervivientes de ictus isquémico DE, desviación estándar; FF, función física; RF, rol físico; DC, dolor corporal; SG, salud general; V, vitalidad; RE, rol emocional; SM, salud mental,

Con respecto a la percepción de la salud se observa que el mayor porcentaje (54.2% y 44.1%) de pacientes se sentía enfermo pre y post ictus respectivamente pero que actualmente han empeorado (33.9%. Así mismo su salud mental demuestra tendencia ocasional ha estar decaído pero igualmente no están privados de tener periodos de felicidad y el 54.2% refirió felicidad algunas veces en su vida.

Otro aspecto que se ve afectado es la actividad social el 37.5% se encuentra afectado con sus familiares, amigos y vecinos ya sea por déficit físico y/o emocional se altera.

En el PSN los datos obtenidos se encuentran en el cuadro 4.

Cuadro 4
PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (PSN)

| Dominio | M | DE | RANGO |
|------------------|------|------------|-------|
| Movilidad | 60.6 | 36.9+/-4.8 | 0-100 |
| Sueño | 27.5 | 33.6+/-4.3 | 0-100 |
| Dolor | 20.3 | 28.4+/-3.6 | 0-100 |
| Energía | 51.4 | 30.5+/-3.9 | 0-100 |
| A. social | 16.9 | 37.8+/-4.9 | 0-100 |
| Estado emocional | 28.3 | 33.8+/-4.4 | 0-100 |

M: media, DE: desviación estándar,

Donde observamos los diferentes dominios y con las puntuaciones más altas en la movilidad y energía.

La escala funcional de Barthel mostró que el valor que más se repitió es de 100(16.9%) y el valor mas bajo que se encontró es 20(3.4%) en los pacientes.

28(47.4%) tienen una limitación funcional leve, 14 (23.7%) limitación moderada, 10 (16.9%) son independientes y 7 (11.8%) tienen limitación grave.

NIHSS

En la tabla 5 se muestra capacidad funcional limitada de la siguiente forma 50(84.7%) son leves y 9(15.3%) son moderados.

Cuadro 5
RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL NIHSS EN SUPERVIVIENTES DE UN ICTUS

| Porcentaje | Numero De Pacientes | Resultados |
|-------------|---------------------|------------|
| 15.1% | 9 | 1 |
| 13.6% | 8 | 2 |
| 5.1% | 3 | 3 |
| 13.6% | 8 | 4 |
| 5.1% | 3 | 5 |
| 3.4% | 2 | 6 |
| 10.2% | 6 | 7 |
| 5.1% | 3 | 8 |
| 6.8% | 4 | 9 |
| 6.8% | 4 | 10 |
| 1.7% | 1 | 11 |
| 8.5% | 5 | 12 |
| 3.4% | 2 | 13 |
| 1.7% | 1 | 18 |
| 100% | 59 | |

Discusión

La calidad de vida se midió objetivamente con dos cuestionarios de salud (SF-36 Y NSP). Mostrando con el SF-36, la percepción de mala salud de los pacientes. El alto promedio de la FF, RF, SG, V, FS, RE, SM reflejan la mala salud. La literatura nos demuestra que el ictus tiene efectos directos y/o secundarios en la mayoría de los aspectos de salud. ⁽⁶⁾

La actividad física vigorosa y moderada son las mas limitadas para los pacientes, mientras que las actividades básicas son las que pueden realizar con menor grado de dificultad. Por lo cual el rol físico para desempeñar trabajo físico se encuentra también deteriorado. ⁽⁶⁾

La vitalidad, rol emocional y salud mental tuvieron respuestas variadas y no se pudo demostrar una tendencia marcada y al compararlo con otros estudios vemos que las respuestas son variadas y que corresponde esto a la idiosincrasia de cada país. ⁽⁷⁾

La salud general previa al ictus en la mayoría de los pacientes ya se encontraba con algún grado de afectación por las enfermedades que son factores predisponentes del ictus pero posterior al ictus la percepción de su salud empeora. Sin embargo no se ha analizado la calidad de vida previo y posterior al ictus lo que proporcionarían datos más objetivos. ⁽⁸⁾

En el PSN (segundo cuestionario que mide calidad de vida) el dominio peor puntuado es la actividad física siendo la actividad motora frecuentemente afectada de forma variable en estos pacientes. Y la energía el segundo dominio en frecuencia afectado, se encontró en otros estudios estos mismos dominios afectados en ese orden. ⁽⁸⁾

En este estudio el sueño y el estado emocional que miden fundamentalmente el estado afectivo del individuo fueron levemente alterados. No coincidimos con otros autores que reportan el sueño y las reacciones emocionales como los dominios más afectados. Igual que con algunos ítems del SF-36 debemos tener en cuenta que los resultados de este estudio varían de acuerdo con las diferentes culturas y los modos de vida de los individuos. ^(8,12) y no se coincidió con otros autores que el aislamiento social fue el dominio que más se afectó posterior al ictus, en este estudio fue el que menos se afectó y no podemos comparar como se encontraban en este sentido el paciente previo al ictus, ya que no contamos con estudios de calidad de vida en pacientes sanos.

La capacidad de ejecución de funciones ocupacionales básicas útiles para la vida independiente, tal como evalúa Barthel; ⁽⁹⁾ En la población estudiada demostró dependencia en diferente grado, pero la actividad física leve en esta escala como en la SF-36 coinciden que es la actividad que menos les dificulta realizar a los pacientes post-ictus.

El NIHSS es una forma útil de cuantificar signos neurológicos y tasar la gravedad de

un paciente con ictus ^(10,11). Se observó de una forma objetiva que la mayor parte de los pacientes tienen déficit neurológico de leve a moderado. No se encontró otro estudio que midiera el NIHSS en pacientes que se estuviera evaluando calidad de vida.

Concluimos la calidad de vida se ve afectada de forma importante en todos los aspectos vitales del ser humano. En esta investigación se refleja la influencia que desempeñan factores psicosociales y físicos, sobre la calidad de vida percibida por los pacientes con accidente cerebrovascular, y pone de manifiesto que el componente subjetivo tiene un peso superior sino igual al de los propios factores objetivos de la enfermedad. ^(4,12)

Bibliografía

- 1) De Haan R, Aaronson N, Limburgh, Langton-Herver R Van Crevel H. Measuring quality of life in stroke Stroke 1993; 24: 320-7.
- 2) Galiano L. Influencia de la edad en la calidad de vida de pacientes mayores de 65 años con isquemia vertebral basilar tratados con nicardipino. Rev Neurol 1995; 23: 784-8.
- 3) Nyberg L, Gustafson Y. Using the downton index to predict those prone to falls after stroke. Br. Med 1995; 311: 74-5.
- 4) Carod-Artal FJ. Medición de la calidad de vida en supervivientes de un ictus. Rev Neurol 1999; 29: 447-456.
- 5) Zúniga MA, Carrillo-Jiménez JT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Publica De México 1999; 41: 110-118.
- 6) Hobart JC, Williams LS, Moran K, Thompson AJ. Quality of life measurement after stroke: Uses and Abuse of the SF- 36. Stroke 2002; 33: 1348-1356.
- 7) Prieto L, Jordi A. Exploring health preferences in sociodemographic and

health related groups through the paired comparison of the items of the Nottingham Health Profile. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 537-543.

- 8) Martín-González R. Ortiz de Salazar A. Peris-Martí A. Valiente-Ibiza E. Sala-Corbí A. Acontecimientos vitales, calidad de vida y apoyo social previos a la enfermedad vascular cerebral aguda, como factores predictores de la calidad de vida y situación funcional posteriores al ictus. *Rev Neurol* 2000; 30(8): 707-711.
- 9) Alvarez Sabin J. Escalas de valoración. En *Manual de enfermedades vasculares cerebrales*. 2nd ed. España: Prous Science; 1999. p.71-79.
- 10) Van Straten A. De Haan RJ. Limburg M. Schuling J. Bossuyt PM. Van Den Bos GAM. A stroke-adapted 30 item version of the sickness impact profile to assess
- 11) Kidwell CS. Saber JL. Starkman S. The acute stroke patient: prehospital stroke identification and treatment. En Cohen Stanley N. Editor. *Management of ischemic stroke*. 1era ed. United States of America: Mc Graw-Hill Companies; 2000. p. 3-1
- 12) Fernández-Concepción O. Fiallo-Sánchez MC. Álvarez-González MA, Roca MA. Concepción-Rojas M. Chávez L. La calidad de vida con accidentes cerebrovasculares: Una visión desde sus posibles factores determinantes. *Rev Neurol* 2001; 32(8): 725-731.