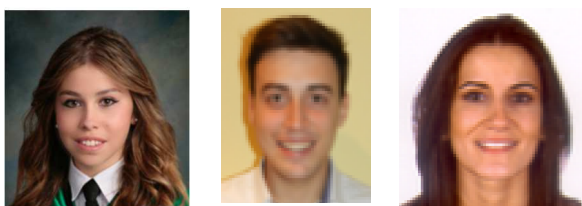


Original ESTUDIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA QUE PRESENTAN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN ICTUS A TRAVÉS DE LA ECVI-38

PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE BY PATIENTS WHO HAVE SUFFERED A STROKE THROUGH ECVI-38 ASSESSMENT: A DESCRIPTIVE STUDY

Autores Sandra Rodríguez Álvarez^a, Eduardo José Fernández Rodríguez^b, Celia Sánchez Gómez^c.



Resumen **Objetivo:** El objetivo del estudio fue evaluar la percepción que los sujetos que han sufrido un ictus tienen de su calidad de vida y en segundo plano evaluar en qué dominios del cuestionario ECVI-38 la afectación es mayor. **Método:** estudio descriptivo observacional transversal en el que se utilizó el cuestionario ECVI-38, con el que se evaluó a una muestra de 30 sujetos procedentes de tres instituciones diferentes. **Resultados:** los resultados mostraron que los dominios con mayor afectación fueron el estado físico y las Actividades Instrumentales Vida Diaria. En cuanto a la percepción de los sujetos sobre su grado de afectación transcurrido el periodo agudo de la enfermedad fue leve y tenían la percepción de que se habían recuperado bastante desde el ictus. **Conclusión:** concluimos que la totalidad de los sujetos entrevistados experimentaron un cambio en la percepción de su calidad de vida tras sufrir el ictus.

DeCS Ictus; Calidad de Vida; Terapia Ocupacional. **Palabras clave** ECVI-38.

Summary **Objective:** the aim of the study was to evaluate the perception that the subjects, who have suffered a stroke, have of their quality of life and in the background, to evaluate in which domains of the ECVI-38 questionnaire, the affectation is greater. **Method:** a descriptive observational cross-sectional study, in which the ECVI-38 questionnaire was used, with which a sample of 30 subjects from three different institutions was evaluated. **Results:** the results showed that the most affected domains were physical condition and the Instrumental Activities of Daily Life. Referring to the subjects' perception about their own degree of involvement, after the disease's acute period, was mild; and they had the perception that they had recovered enough from the stroke. **Conclusion:** it was concluded that all subjects interviewed experienced a change in the perception of their quality of life after suffering the stroke.

MeSH Stroke; Quality of Life; Occupational Therapy.. **Key words** ECVI-38.

Como citar este documento Rodríguez Álvarez S, Fernández Rodríguez EJ, Sánchez Gómez C. Estudio sobre la percepción de calidad de vida que presentan pacientes que han sufrido un ictus a través de la ECVI-38. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2017 [fecha de la consulta]; 14(25): 148-58. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num25/pdfs/original9.pdf>

Lévanos_ Get up_Llévanos



Derechos de autor



Texto recibido: 14/02/2017 **Texto aceptado:** 12/03/2017 **Texto publicado:** 17/03/2017

^a Terapeuta ocupacional. Universidad de Salamanca. E-mail de contacto: robertansan@hotmail.com

^b Terapeuta Ocupacional. Doctor por la Universidad de Salamanca. Experto en metodología de la investigación en ciencias de salud. Posgrado en tratamientos de soporte y cuidados paliativos en el enfermo oncológico. Profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). E-mail de contacto: eduifr@usal.es

^c Terapeuta Ocupacional. Doctorando por la Universidad de Salamanca. Posgrado en intervención a personas con Enfermedad de Alzheimer. PDI Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca. Unidad de daño cerebral Sauvia. Asociación Salmantina de Daño Cerebral (ASDACE). E-mail de contacto: celiasng@usal.es



Introducción Ictus

El concepto de Ictus, según Fernández-Concepción y colaboradores es "todo trastorno en el cual un área del encéfalo se afecta de forma transitoria o permanente por una isquemia o hemorragia y en el que uno o más vasos sanguíneos cerebrales están afectados por un proceso patológico" ⁽¹⁾. El ictus está causado por un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo ⁽²⁾.

Según la Organización mundial de la salud (OMS) "Un ictus es causado por la interrupción del suministro de sangre al cerebro, por lo general debido a que un vaso sanguíneo se rompe o es bloqueado por un coágulo. Esto corta el suministro de oxígeno y nutrientes, causando daños en el tejido cerebral" ⁽³⁾. El ictus representa la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en los adultos de los países occidentales, ya que la mayoría de los pacientes sufre secuelas, que en el 30% de los casos les inhabilitan para realizar las actividades cotidianas ⁽⁴⁾ y sitúa la incidencia promedio mundial de la enfermedad en alrededor de 200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes ⁽⁵⁾.

Por otro lado, el instituto nacional de estadística (INE) sitúa el ictus en el año 2009 como la segunda causa de muerte global en la población española y la primera en la mujer. En España la prevalencia se ha estimado en el 7% de la población urbana mayor de 65 años y la incidencia en 128 por cada 100.000 habitantes en la población general ⁽⁶⁾. Todo esto unido a que, según la Sociedad Española de Neurología (SEN), en 2050 España será una de las poblaciones más envejecidas del mundo, se prevé un incremento de la incidencia y la prevalencia de esta patología en los próximos años ⁽⁷⁾.

En España, el ictus es la primera causa de mortalidad entre las mujeres españolas y la segunda en los varones, según datos del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN). Cada año se detectan en España 120.000 casos de ictus y se producen 40.000 fallecimientos (en Europa mueren 650.000 personas anualmente por esta causa)" ⁽⁷⁾.

Evolución y secuelas tras el ictus

Algunos de los síntomas más comunes del ictus se describen a continuación ^(8,9):

1. Pérdida brusca de movimiento o debilidad del brazo, pierna, o cara, especialmente cuando se produce en un lado del cuerpo.
2. Problemas repentinos de visión, en uno o ambos ojos.
3. Dolor de cabeza repentino, sin causa conocida.
4. Dificultad en el habla: balbuceo, incapacidad para encontrar las palabras adecuadas o no ser capaz de comprender lo que otras personas dicen.
5. Problemas repentinos al caminar o pérdida de equilibrio o de la coordinación.
6. Sensación brusca de acorchamiento u hormigueo en la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo.

Tras sufrir un ictus, los pacientes pueden evolucionar de distintas formas dependiendo de varios factores como la extensión y la zona de la lesión que se ha dañado, la rapidez con la que se logra restablecer el riego sanguíneo y el estado de salud previo ⁽¹⁰⁾. Pueden ocurrir tres cosas:

1. Una recuperación casi inmediata (minutos u horas). Este es el caso de los Ataques Isquémicos Transitorios, que generalmente no dejan secuelas.
2. Una recuperación en mayor o menor medida. La recuperación en este caso se produce entre semanas y meses y habitualmente requiere de rehabilitación, pudiendo dejar algún tipo de secuela.
3. Un empeoramiento del paciente. Puede deberse a causas neurológicas u otras complicaciones como fiebre, infecciones u otros.

Las secuelas más frecuentes que se instauran tras sufrir un ictus son:

- Problemas motores



- Trastornos visuales
- Trastorno en el lenguaje
- Trastorno de la sensibilidad
- La espasticidad
- El dolor central
- Disfagia
- Incontinencia urinaria
- Problemas psicológicos
- Problemas cognitivos

En las lesiones moderadas o graves, la mayor parte de la recuperación se experimenta en los tres primeros meses tras el ictus. La recuperación prosigue, de manera más lenta hasta al menos los seis meses, y algunos pacientes continúan recuperándose levemente hasta el año. No todos los pacientes se recuperan totalmente.

Calidad de vida

Concepto de calidad de vida

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como el valor asignado a la duración de la vida modificada por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada. Este valor es individual y depende de la percepción subjetiva del cada individuo y de su entorno político, social y económico.

Evalúa la repercusión de la enfermedad o estado de salud, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente ⁽¹¹⁾. La calidad de vida puede medirse en muchas vertientes como el bienestar físico y psicosocial, el grado de satisfacción del paciente y de la familia, la percepción subjetiva de la enfermedad, etc. Por ello, se ha precisado elaborar una aproximación multidimensional al concepto de CVRS. De este modo, se tienden a considerar, al menos, cuatro dimensiones en la evaluación de la CVRS: física, funcional, psicológica y social. Estos cuatro aspectos conceptuales de la CVRS se pueden ver influenciados por lo que se conoce como 'percepciones de la salud', un conjunto integrado por la experiencia personal, las creencias, las expectativas personales y todas las percepciones subjetivas del individuo. Esta actitud ante la salud, la enfermedad o la incapacidad puede modificar la percepción propia de la CVRS. Por ello, se considera que las personas con el mismo estado objetivo de salud pueden tener calidades de vida muy diferentes ⁽¹²⁾.

Calidad de vida en Ictus

Los ictus constituyen la primera causa de discapacidad grave del adulto en los países desarrollados. La afectación de la calidad de vida relacionada con la salud que presentan estos enfermos va más allá de la discapacidad generada por tales entidades, en que existe compromiso de múltiples dominios, condicionado por los desórdenes de diversos tipos operados en el individuo afectado ⁽¹³⁾. De los supervivientes a la fase aguda de un ictus, aproximadamente del 40 al 53% serán total o parcialmente dependientes a los seis meses, porcentaje que se reduce al 33% transcurrido el primer año y se mantiene sin cambios en los cinco años siguientes. Después del primer año, en más del 50% de los casos existe pérdida en las capacidades motoras, y entre el 30 y el 35% presentan déficit cognitivo. En un menor porcentaje de los pacientes se dan trastornos visuales, sensitivos, del lenguaje, de la deglución y de la marcha, así como del control de esfínteres. Otros elementos como el dolor (hombro doloroso) o las caídas frecuentes se suman a las dificultades que afrontan estos pacientes, que los lleva a una situación de dependencia funcional y a la imposibilidad de una vida social plena.

Si añadimos que el ictus tiene un alto riesgo de recurrencia, lo cual crea una situación de temor e inseguridad, comprenderemos que estos individuos están sometidos a una serie de factores que deterioran su calidad de vida ⁽¹²⁾.



Instrumentos de medida de cv Instrumentos para medir la CV

Las herramientas que se utilizan actualmente para medir la calidad de vida y solo refiriéndonos al ictus (tabla 1) adolecen a varios sesgos, tales como la falta de validez, de sensibilidad al cambio o, aquellas genéricas, de no contemplar algunos aspectos específicos como la evaluación del brazo parético o las alteraciones de la visión o el lenguaje ⁽¹⁴⁾.

Escala de calidad de vida en ictus (ECVI-38)

La ECVI-38 es un instrumento aplicable por un entrevistador, que consta de 38 elementos hipotéticamente agrupados en ocho dominios: estado físico (EF), comunicación (CO), cognición (CG), emociones (EM), sentimientos (SE), actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), y funciones sociofamiliares (FF); además, de dos preguntas adicionales sobre la función sexual y la actividad laboral. Los elementos que conforman la escala se generaron a partir de entrevistas individuales y grupos focales con enfermos, cuidadores y expertos; con el basamento conceptual de los estados de salud de la OMS. La versión utilizada fue el resultado de una prueba piloto con 50 pacientes, a partir de la cual se redujeron y agruparon los elementos. Se decidió adoptar un formato de respuesta en una escala de cinco puntos, donde 5 representa una situación extrema (peor imaginable) y 1 la ausencia de afectación en el aspecto evaluado.

El objetivo primario es crear un instrumento que pueda medir todo el espectro de resultados derivados de un ictus, desde el nivel de deficiencia hasta el de discapacidad, basado en el modelo de estados de salud de la OMS ⁽¹⁵⁾.

Tabla 1. Instrumentos para medir la Calidad de Vida

Las escalas específicas de CV en ictus	Áreas evaluadas	¿Qué aporta cada una específicamente?
ECVEI (escala de calidad de vida específica de ictus)	las áreas evaluadas por esta escala son: energía, papel familiar, lenguaje, movilidad, humor, personalidad, autocuidados, papel social, pensamiento, función de la extremidad superior	Incorporación de roles (familiar social y productivo) visión y función de la extremidad superior
SSAQL-39 (escala de calidad de vida de ictus y afasia)	Física, psicosocial, comunicación y energía	Adaptada para la evaluación de personas con afasia
Entrevista de satisfacción de vida de Vitanen	Vida, autocuidado, AVD, placer, amistades, familia, matrimonio y sexualidad	Valoración de la sexualidad
Índice de calidad de vida de Ferrans y Powers	Socioeconómica, psicológica/espiritual, familiar y salud	Contempla el área espiritual y socioeconómica
NEWSQQL (Medida de calidad de vida específica del Ictus de Newcastle)	Sentimientos, AVD/autocuidados, cognición, movilidad, emociones, sueño, relaciones interpersonales, comunicación, dolor/sensaciones, visión y fatiga	Introduce la valoración de aspectos cognitivos, los ciclos de actividad/descanso, la visión, sensaciones y dolor y emociones
Escala de las consecuencias del ictus – ECI 2	Fuerza, función manual, AVD, movilidad, comunicación, emoción, memoria/pensamiento, participación social.	Valoración más completa de las AVD
Sickness impact profile o perfil de las consecuencias de la enfermedad	Deambulación, cuidado personal/movimiento corporal, movilidad, tareas domésticas, ocio, actividad social, emoción, alerta, sueño/descanso, alimentación, comunicación y trabajo.	Tiene una alta fiabilidad. Existen dos versiones adaptadas culturalmente al español. Es uno de los más empleados en nuestro entorno
Cuestionario de salud SF-36	Función física, función social, papel físico, papel emocional, salud mental, vitalidad, dolor, salud general, cambio de salud.	Autocompletado en 10-15 minutos. Versión en español. Es uno de los más empleados en nuestros entornos
Perfil de salud de Nottingham	Energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad física, presencia de limitación por causa de la salud en actividades habituales.	Fácilmente autoadministrable en 5-10 minutos. Validado en español. Es uno de los más empleados en nuestro entorno

Fuente: Darriba MJ, Cortés I ⁽¹⁴⁾.

Método

Hipótesis

Los pacientes que han sufrido un Ictus tienen una percepción negativa de su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Objetivos del estudio



Objetivo primario

Evaluar la percepción que los pacientes que han sufrido un ictus tienen sobre su CVRS a través del ECVI-38.

Objetivos secundarios

1. Correlacionar los niveles de calidad de vida relacionada con la salud de los individuos con el género de los mismos.
2. Correlacionar los niveles de calidad de vida relacionada con la salud de los individuos con la edad de los mismos.
3. Observar si el nivel de estudios influye en la percepción de CVRS de los sujetos.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal.

Población y muestra

La muestra se obtuvo de usuarios pertenecientes a servicios de terapia ocupacional de tres instituciones diferentes:

- El servicio de neurorehabilitación del Hospital Nisa Valencia al Mar.
- La Unidad de Daño Cerebral de Sauvia.
- La Asociación Salmantina de Daño Cerebral (ASDACE).

Los usuarios serían pacientes que habían sufrido un ictus y se encuentran en un momento no agudo de la enfermedad (superior a un año). Para la selección de la muestra se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión previos al estudio.

a) Criterios de inclusión:

El estudio se realizó con sujetos que han sufrido un ictus y que cumplen unos determinados criterios de inclusión:

- Personas mayores de 18 años.
- Firmar un consentimiento informado en el que autorizan su participación voluntaria en el estudio.
- Presentar un diagnóstico de daño cerebral adquirido de etiología de ictus.

b) Criterios de exclusión

Se tuvieron en cuenta una serie de criterios de exclusión citados a continuación:

- Sujetos con afectación cognitiva severa que impida la realización de la evaluación prevista.
- Sujetos que sufran afasia.

Procedimiento

Para el estudio se seleccionaron sujetos procedentes de tres instituciones distintas: el Hospital Nisa Valencia al Mar, la Asociación Salmantina de Daño Cerebral Adquirido (ASDACE) y la Unidad de Daño Cerebral de Sauvia, ya que todas ellas contaban con un servicio especializado donde asistían pacientes que habían sufrido ictus.

La selección de los sujetos se realizó con la ayuda de las terapeutas ocupacionales de los centros, ya que tuvieron en cuenta los criterios de inclusión requeridos para poder participar en el estudio.

El período de selección de sujetos que participaron en el estudio serían los usuarios que cumplieran esos criterios de inclusión y exclusión en un período de tiempo comprendido entre enero de 2016 y junio de 2016.

Una vez realizada la selección se procedió a entrevistar a los sujetos explicándoles el fin del estudio y entregándoles el consentimiento informado que debían firmar si estaban de acuerdo en participar en el estudio.

Tras obtener el consentimiento de los sujetos se les entregó y explicó el cuestionario ECVI-38 con el que se obtuvieron los datos sobre su percepción de CVRS y el EQ5-D con el que se obtuvieron



los datos sobre las variables sociodemográficas.

Para aquellos sujetos con problemas visuales o de escritura se procedió a realizar las adaptaciones oportunas para la cumplimentación del cuestionario. El entrevistador siempre estaba presente para solucionar las posibles dudas que pudiesen surgir.

Variables y cuestionarios utilizados

Descripción de las variables

Las variables pueden ser dependientes, independientes e/o intervinientes. Al ser un estudio descriptivo no habrá lugar a variables independientes. La variable dependiente será la CVRS, las intervinientes el resto.

Variables sociodemográficas:

Se obtuvieron a través del cuestionario EQ5-D en el que se recogen datos como:

- Experiencia en enfermedades graves (en usted, su familia y en cuidado de otros)
- Edad
- Sexo (varón/mujer)
- Consumo de tabaco (fumador/ex-fumador/no fumador)
- Empleo en servicio de salud o sociales
- Actividad actual (empleado/retirado/tareas domésticas/estudiando/buscando trabajo/otros)
- Nivel de estudios completados (leer, escribir/ elemental/ secundaria/universidad).

Variables del estudio

Valoramos la percepción de la CVRS de los sujetos. Para ello, se utilizó el cuestionario específico ECVI-38. El cuestionario debía ser rellenado por el paciente de forma anónima, solo fue rellenado por el entrevistador cuando el sujeto era incapaz de leer, escribir o comprender alguna de las preguntas.

Instrumentos de evaluación y recogida de resultados

Cuestionario ECVI-38:

A continuación, detallamos las pruebas psicométricas y los criterios utilizados para evaluar la aceptabilidad, la fiabilidad y la validez. La aceptabilidad se evaluó mediante la compleción de los elementos y la distribución de las puntuaciones.

Los criterios utilizados fueron los siguientes:

- Porcentaje de datos perdidos por debajo del 10%.
- Efecto piso y efecto techo por debajo del 80%.

La fiabilidad comprende dos aspectos: la consistencia interna y la fiabilidad test-retest.

La consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente α de Cronbach y la correlación total interelementos. Como criterios adecuados se consideraron un α de Cronbach por encima de 0,70 y una correlación interelementos por encima de 0,30. La fiabilidad test-retest a través del coeficiente de correlación intraclase (CCI), con criterio de factibilidad por encima de 0,75.

Estos aspectos se evaluaron sobre la base de la evidencia de una buena consistencia interna, correlaciones entre los dominios y la puntuación total (mediante el coeficiente de correlación de Pearson), y el resultado del análisis factorial. Para el análisis dentro de la escala, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Consistencia interna con coeficientes α de Cronbach por encima de 0,70.
- Altas correlaciones (entre 0,50 y 0,80) entre dominios relacionados y bajas correlaciones (menos de 0,50) entre dominios menos relacionados.
- Moderadas correlaciones (entre 0,30 y 0,80) entre dominios y la puntuación total.
- Evidencia a partir del análisis factorial de que se está midiendo una entidad única y de un modelo factorial conceptualmente claro.
- Análisis de componentes principales (ACP): los elementos deben saturar por encima de



0,20 en el primer componente.

La puntuación total de la escala se obtiene del promedio de los resultados de los dominios (tabla 2). El resultado de los dominios se calcula con la siguiente fórmula: Puntuación = (media -1/5-1) x 100. (10)

Tabla 2: Grado de afectación equivalencia entre la puntuación y el grado de afectación de la CV según la ECVI-38

0 – 25	Sin afectación
25 – 50	Afectación leve
50 – 75	Afectación moderada
75 – 100	Afectación grave

Fuente: Elaboración propia 2016

Análisis de los resultados

Una vez obtenidos todos los datos procedentes de los cuestionarios, se realizó un análisis de los mismos a través de la realización de tablas con Microsoft Office Excel versión 2007.

Resultados

Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas podemos observarlas en la tabla 3. El total de la muestra seleccionada fue de 30 sujetos de los cuales: Un 73,3% fueron varones y un 26,7% fueron mujeres por lo que hay un importante sesgo de género en el estudio ya que el número de varones es mucho mayor que el de mujeres.

En cuanto al rango de edad, estaba comprendido entre los 31 años y los 83 años con una edad media de 56,1 años.

Los datos obtenidos con respecto al tabaquismo fueron de un 16,7% de no fumadores, un 66,7% de exfumadores y un 16,7% de fumadores esto nos muestra la gran cantidad de sujetos que consumían tabaco antes de sufrir el ictus.

Tabla 3. Variables sociodemográficas EQ-5D

	N	%
Sexo		
Varón	22	73,3
Mujer	8	26,7
Consumo de tabaco		
Fumador	5	16,7
Exfumador	20	66,7
No fumador	5	16,7
Actividad actual	N	%
Empleado	2	6,7
Retirado	20	66,7
Tareas domesticas	4	13,3
Estudiante	0	0
Buscando empleo	1	3,3
Otros	3	10
Nivel de estudios		
Leer/escribir	1	3,3
Elemental	10	33,3
Secundaria/vocacional	11	36,7
Universitarios	8	26,7
Trabajo en servicios sociales		
Si	3	10
No	27	90

Fuente: elaboración propia 2016

La mayor parte de los sujetos no realizan ningún tipo de actividad ya que solo el 6,7% están trabajando y el 66,7% están retirados. En cuanto al resto, el 13,3% se dedica a realizar las tareas



domésticas, el 3,3% está buscando un empleo y el 10% realiza otras actividades.

En lo referente al nivel de estudios, exceptuando únicamente a uno de los sujetos, tenían un nivel educativo elemental como mínimo. Un 3,3% solo sabía leer y escribir, el 33,3% tenía estudios elementales, el 36,7% tenía estudios secundarios/vocacionales y el 26,7% había recibido estudios universitarios.

ECVI-38

Una vez analizados los resultados del cuestionario, se observó que los dominios con mayor afectación eran los pertenecientes al estado físico y al de las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria).

El grado de afectación, según el ECVI-38, fue que el 36,7% de los sujetos no sufría ningún tipo de afectación y el 60% sufría una afectación leve, por lo tanto, la percepción de los pacientes con respecto a su afectación es buena.

En lo referente al grado de recuperación, ninguno de los sujetos consideró que estaba totalmente recuperado, ni que no se había recuperado nada. La mayoría consideró que se había recuperado bastante desde el ictus (Tablas 4-5-6).

Tabla 4. Media de calidad de vida en los distintos dominios de la ECVI-38

DOMINIO	MEDIA
Estado físico	41,2
Comunicación	12,9
Cognición	35,5
Emoción	33,7
Sentimiento	25,2
ABVD	34,5
AIVD	44,4
Función sociofamiliar	33,6

Fuente: elaboración propia 2016

Tabla 5. Grado de afectación según la percepción de CV con la ECVI-38

Clasificación	N	%
Sin afectación	11	36,7
Afectación leve	18	60
Afectación moderada	1	3,3
Afectación severa	0	0

Fuente: elaboración propia 2016

Tabla 6. Percepción de la recuperación tras el ictus con la ECVI-38

RECUPERACION	N	%
1 = Totalmente	0	0
2 = Mucho	3	10
3 = Bastante	19	63,3
4 = Poco	8	26,7
5 = Nada	0	0

Fuente: elaboración propia 2016

Variables sociodemográficas relacionadas con la CVRS

Los sujetos con edades comprendidas entre los 31 y los 55 años obtuvieron mejor puntuación con respecto al grupo comprendido entre los 56 y los 83 años, por lo que el grupo más joven tiene una mejor CVRS.

Con respecto al sexo, las puntuaciones son prácticamente iguales por lo que en este apartado no podríamos hacer una gran diferenciación de la percepción de la CVRS.



En cuanto al hábito tabáquico, la mejor puntuación la obtuvieron los ex fumadores seguido de los fumadores y en último lugar, los no fumadores. Por lo que aquellos sujetos que consumían o consumen tabaco tienen una mejor percepción de su CVRS.

El nivel de estudios también influyó en la percepción de la CVRS de los sujetos, aunque hay cierta disparidad, ya que los sujetos que cursaron estudios elementales y universitarios obtuvieron mejor puntuación con respecto a los que estudiaron secundaria. Con lo cual tener un mayor nivel educativo no influye especialmente en la CVRS (tabla 7).

Tabla 7. Relación entre las variables sociodemográficas y la CVRS

EDAD	CVRS
31 - 55	29,3
56 - 83	34,5
SEXO	CVRS
Varón	32,8
Mujer	32,2
CONSUMO DE TABACO	CVRS
Fumador	34
Ex fumador	31,6
No fumador	36,8
NIVEL DE ESTUDIOS	CVRS
Leer/escribir	18
Elementaría	32,6
Secundaria/ vocacional	37,6
Universidad	30,5

Fuente: elaboración propia 2016

Discusión

El objetivo del trabajo fue estudiar la percepción que los pacientes que han sufrido un ictus tienen de su calidad de vida. El análisis de los datos obtenidos pone de manifiesto que si hay una alteración en alguno de los dominios en la percepción de la CVRS de los sujetos que han sufrido un ictus, como se había propuesto. Aunque la media de los resultados nos indica una afectación leve, es importante, ya que los sujetos entrevistados no sufren deterioro cognitivo severo, ni afasia.

Todos los dominios evaluados se ven afectados, pero aquellos que muestran una mayor puntuación son los referentes al estado físico y las AIVD. Lo que nos muestra que desde la percepción de la persona que ha sufrido un ictus, la mayor alteración se da a nivel físico; ya que entre los principales déficit cabe destacar las alteraciones sensitivomotoras (alteraciones del tono muscular, coordinación y control motor, disminución de la sensibilidad superficial y/o profunda)⁽¹⁶⁾, que conllevan una incapacidad para realizar de manera independiente sus actividades cotidianas o por lo menos para realizarlas con la misma autonomía personal que antes de sufrir el ictus, lo que consecuentemente merma su CVRS. Estos resultados no se corresponden con los resultados obtenidos en otro estudio⁽¹³⁾, en el que los dominios más afectados son los sentimientos y las emociones, por lo que el ámbito que se vería más afectado es el psicológico y no el físico. Con respecto al resto de dominios, las puntuaciones son bastante dispares excepto en las AIVD que son similares en ambos estudios.

En cuanto al grado de recuperación, encontramos diferencias. En su estudio la mayoría de los sujetos opinaba que se habían recuperado mucho desde el ictus, sin embargo, en nuestro estudio la mayor parte de los sujetos opinaba que se habían recuperado bastante. Esta diferencia puede deberse a que la muestra elegida para este estudio tiene menos secuelas a nivel cognitivo y por lo tanto, son más conscientes de su enfermedad y más objetivos en sus respuestas.

Variables como la edad si influyen sobre la percepción de calidad de vida, ya que los sujetos más jóvenes tienen una mejor percepción que aquellos más mayores. Sin embargo, variables como el nivel educativo no son especialmente relevantes, ya que los resultados no están relacionados con una mejor o peor percepción de calidad de vida.



El sexo femenino tiene peor CVRS que el masculino, datos que pueden estar relacionados con la predisposición que tiene la mujer a padecer trastornos anímicos ya que los cambios hormonales pueden predisponer la aparición de los trastornos depresivos; está comprobado que las diferentes hormonas sexuales femeninas (progesterona y estrógenos) tienen receptores propios en diversas áreas del cerebro. Además, se ha indicado la similitud del estereotipo femenino con los rasgos depresivos ⁽¹⁷⁾. Sin embargo, es importante tener en cuenta como una limitación, que en el presente estudio el número de mujeres que comprende el total de la muestra es escaso.

Uno de los datos que llama la atención es que los exfumadores son los que mejor percepción tienen de su calidad de vida. La aportación de la terapia ocupacional sobre los dominios que más afectan a los sujetos de nuestro estudio, es muy relevante, ya que según la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) es "una profesión socio-sanitaria que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad".

El objetivo fundamental de la Terapia Ocupacional en los pacientes que han sufrido daño cerebral adquirido consiste en capacitar al individuo para poder llevar a cabo aquellas actividades que considera esenciales en su vida. El terapeuta ocupacional evalúa las habilidades motoras, cognitivas, perceptivas e interpersonales subyacentes al desempeño de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, y los roles personales. Dependiendo del potencial de la persona para su recuperación, el terapeuta ocupacional junto con el resto de miembros del equipo multidisciplinar facilita la realización de actividades a través de la mejora de las habilidades, enseñando y desarrollando estrategias compensatorias y recuperadoras para poder mantener la independencia personal ⁽¹⁸⁾. La Terapia Ocupacional hace posible el aprendizaje y la recuperación a través de la aplicación de técnicas de tratamiento específicas ⁽¹⁹⁾, la modificación de los estímulos del medioambiente, en la manera de presentación de las tareas ocupacionales ⁽²⁰⁾ y en la modificación del contexto en el que tienen lugar.

La mayoría de sujetos con ACV que reciben tratamiento de Terapia Ocupacional obtienen beneficios en las actividades de la vida diaria. Dichos beneficios se pueden conseguir mediante programas de tratamiento individual o grupal. Además, este tratamiento reduce el riesgo de complicaciones secundarias al ACV. Las personas con ACV que reciben una intervención relativamente rápida por un terapeuta ocupacional, son menos proclives a sufrir deterioros en su capacidad para realizar actividades cotidianas, aunque estos tratamientos deben mantenerse a largo plazo y así mejorar su CVRS ⁽²¹⁾.

Las limitaciones del estudio fueron la falta de diferenciación de los sujetos según el tipo de ictus sufrido (isquémico, hemorrágicos) dando lugar a resultados generalizados de forma que no se ha podido estudiar si había relación entre la percepción de CVRS y el tipo de ictus. Tampoco se tuvo en cuenta si las secuelas que presentaban los sujetos eran similares o afectaban a las mismas áreas.

Conclusión

Como conclusión principal del estudio destacamos que el total de los sujetos entrevistados experimentaron un cambio en la percepción de su calidad de vida tras sufrir el ictus.

1. En los dominios de estado físico y AIVD del ECVI-38 los sujetos mostraron una mayor afectación con respecto al resto de dominios.
2. El sexo femenino tiene una peor percepción de su calidad de vida que el sexo masculino.
3. En cuanto a la edad, los sujetos más jóvenes tienen mejor percepción de calidad de vida que aquellos más mayores.
4. El nivel de estudios no interfiere en la percepción de los sujetos sobre su calidad de vida.

Agradecimientos

No existe conflicto de intereses



Referencias bibliográficas

1. Fernández-Concepción O, Verdecia-Fraga R, Álvarez-González MA, Román-Pastoriza Y, Ramírez-Pérez E. Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38): evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad y validez. *Rev Neurol*. 2005; 41(7):391-98.
2. Mena Muñoz N. Diabetes mellitus e hipertensión arterial como factores de riesgo de infartos cerebrales. Hospital Regional del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo 2007-2009. 2011 [citado 28 de junio de 2016]; Disponible en: <http://repositorio.uq.edu.ec/handle/redug/2405>
3. WHO | Stroke, Cerebrovascular accident [Internet]. [citado 28 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
4. Arias-Rivas S, Vivancos-Mora J, Castillo J. Epidemiología de los subtipos de ictus en pacientes hospitalizados atendidos por neurólogos: resultados del registro EPICES (I). *Rev Neurol [Internet]*. 2012 [citado 28 de junio de 2016]; Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/668965>
5. Díaz-Guzmán J, Egido-Herrero JA, Gabriel-Sánchez R, Barberà G, Fuentes B. Bases metodológicas del estudio Iberictus. *Rev Neurol*. 2008; 47(12):617-623.
6. Mar J, Álvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado M á., Yébenes M, et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurolog*. julio de 2013; 28(6):332-9.
7. Ictus FED. Federación Española de Ictus. [Internet]. 2012 [citado 30 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ictusfederacion.es/el-ictus>
8. García, P. L. R. Examen clínico del paciente con ictus. *Rev Cubana Neurol Neurocir*. 2011; 1(1): 74-89.
9. Goldstein LB. Improving the clinical diagnosis of stroke. *Stroke*. 2006; 37:754-5.
10. Fernández, L. B, Puerta, S. C. Capítulo 4. Clínicas de AIT, diagnóstico etiológico y diagnóstico diferencial. *Ataque isquémico transitorio*. 1ª ed. Barcelona: 2009. P.73-86.
11. Bowling A. *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Milton Keynes: Open University Press. 2005: 1-55
12. Roca MA, Concepción-Rojas M, Chávez L. La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus posibles factores determinantes. *Rev Neurol*. 2001; 32(8):725-731.
13. Taboada RB, Falcón DA, Gómez CJG, Zuaznábar MAB, Carballosa IS. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad cerebrovascular a los dos años de supervivencia. *Medisur*. 2007; 5(1):41-47.
14. Darriba MJ, Cortés I. Calidad de vida y daño cerebral adquirido. *TOG (A Coruña)*. [revista en Internet]. 2011 [20/01/2017]; 8(14):17. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original7.pdf>
15. Fernández-Concepción O, Verdecia-Fraga R, Álvarez-González MA, Román-Pastoriza Y, Ramírez-Pérez E. Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38): evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad y validez. *Rev Neurol*. 2005; 41(7):391-98.
16. García M, Sánchez A, Miján E. Evaluación funcional y terapia ocupacional en el daño cerebral adquirido. *Rehabilitac*. 2002; 36: 167-175.
17. Zarragoitia Alonso I. Sex and gender differences in depression - proclivity in women. *Medwave*. 2013; 13(3): e5651-e5651.
18. Sánchez Cabeza A. Terapia ocupacional y daño cerebral adquirido. *Acción Psicol*. 2007; 4(3): 27-33.
19. Arnadottir G. *The brain and behavior: Assessing cortical dysfunction through activities of daily living*. St Louis: CV Mosby.1990
20. Bakshi R, Bhambhani Y, Madill H. The effects of task preference on performance during purposeful and non-purposeful activities. *Am. J. Occup. Ther*.1991; 45: 912-16.
21. Torres I. Evidencia del tratamiento desde terapia ocupacional en actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebrovascular. *TOG (A Coruña)*. [revista en Internet]. 2014; (consultado 20/01/2017); 11(19): [25 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num19/pdfs/original3.pdf>

Lévanos_ Get up_ Llévanos



Derechos de autor

