

Multimed 2014; 18(3)
JULIO-SEPTIEMBRE

ARTICULO ORIGINAL

Calidad de vida en paciente con accidente cerebro vasculares en atención primaria de salud

Life quality in patients with cerebrovascular accident in the primary health care

Esp. MGI. Esmilda Leyva Velázquez,¹ MS. Urg. Méd. José Arnaldo García Torres,¹ Ms. Bioenerg. Alberto Mola Rodríguez.¹¹

¹ Policlínico Docente Jimmy Hirtzel. Bayamo. Granma, Cuba.

¹¹ Policlínico Docente René Vallejo Ortiz. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

La calidad de vida relativa a salud es un indicador confiable y necesario para el análisis del estado sanitario de una comunidad y fuente de datos para definir estrategias en las acciones de salud sobre una población. El objetivo del presente trabajo es describir aspectos relacionados con la calidad de vida en pacientes supervivientes por dos años a enfermedad cerebrovascular. Se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos, con evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes con dos años de egresados por ictus. Se realizó un muestreo aleatorio simple aplicado a los supervivientes. Se utilizó la escala de calidad de vida para el ictus, determinando los dominios más afectados con aplicación de técnicas estadísticas. La evaluación de la calidad de vida en ictus mostró una media de puntaje general de 46,5; las esferas identificadas como más comprometidas fueron los sentimientos y las emociones. Se constató afección en varios de los dominios en la mayoría de los supervivientes, aunque las mensuraciones obtenidas no fueron altas. El grado de recuperación a los dos años fue poco o nada en 41 enfermos, los datos obtenidos fueron representados en tablas y gráficos. Las alteraciones de la calidad de vida relacionada con la salud son secuelas que en mayor o menor grado padece la gran mayoría de los sobrevivientes a un neuroictus, estas pueden ser

determinadas aplicando la escala de calidad de vida para el ictus. Es necesario adoptar medidas para minimizar los efectos deletéreos de estas afecciones y cumplir el objetivo de que los sobrevivientes tengan una calidad de vida satisfactoria.

Descriptor DeCS: CALIDAD DE VIDA; ACCIDENTE CEREBROVASCULAR /rehabilitación; ACCIDENTE CEREBROVASCULAR/complicaciones.

ABSTRACT

The health life quality is a reliable and necessary indicator for the analysis of the sanitary state of a community and a source of data to define strategies in the health actions on a population. The aim of the present work is to describe aspects related to the life quality in patients that survive the cerebrovascular conditions for two years. It was performed a descriptive study, of case series, with the evaluation of the life quality related to health in two- year- withdrawn patients for ictus. It was made a simple random sampling applied to the survivors. It was used the scale of quality of life for the ictus, determining the most affected commands with application of statistical techniques. The evaluation of the quality of life in ictus showed an average of general score about 46, 5; the identified spheres as more committed were the feelings and the emotions. It was evidenced the injure condition in most of the survivors, although the measurements obtained were not high. The degree of recovery after two years was scarce or none in 41 patients, the data obtained were represented in tables and charts. The alterations of the quality of life related with the health are sequels that in higher or lower degree suffers the great majority of the survivors to a neuroictus, these can be determined applying the scale of quality of life for the ictus. It is necessary to adopt measures to minimize the deleterious effects of these conditions and fulfill the aim for the survivors to have a satisfactory quality of life.

Subject heading: QUALITY OF LIFE; STROKE /rehabilitation; STROKE/complications.

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Cerebro Vasculares (A.C.V) son un problema de salud mundial; constituye la tercera causa de muerte, la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia según datos de la Organización Mundial de Salud (O.M.S) 15 millones de personas sufren de un ictus cada año; entre ellas 5.5

millones mueren cada año (el 10% de todas las muertes producidas) y otros 5 millones quedan con algunas discapacidad Permanente, por otra parte se estima que para el año 2020 la cifra llegue a 61 millón de discapacitados por secuelas de (A.C.V). Según un cálculo de Hankey y warlow basados en un meta-análisis, de estudios epidemiológico, en una población de 1 millón de habitante ocurrirán 2400 ictus, (1800 incidentes y 600 recurrente) y 350 (A.T.I). Del total de Ictus, 20% morirán en los siguientes 28 días al debut y 600 tendrán limitaciones motoras al final del primer año. Existen varios estudios publicado en la literatura científica que se apoyan en los aspectos relacionados con la tasa de mortalidad de (A.C.V) por países es tan variable como lo demuestra el hecho que en los Estados Unidos es de 44,3 x 100 000, en Polonia 79.0 x100 000, en Holanda 64,0 X 100 000, Bulgaria 230 x 100 000, y Rusia 297 x 100 000 Habitantes. Solo por citar algunos ejemplo.

En Cuba la tasa de mortalidad bruta en el año 2012 es de este resultado muestra un incremento sostenido de la tasa de mortalidad en Cuba desde el año 2001 en que esta era de 56,4 x100 000 de habitantes. Por tanto el comportamiento de los datos estadísticos del año 2013 en pacientes mayores de 60 años de edad, de las áreas de salud pertenecientes al Policlínico Docente Jimmy Hirtzel de Bayamo Provincia Granma del sexo femenino es de 84 pacientes para un 8,6% y del sexo masculino 115 para un 13,7% lo que demuestra que. El manejo de las Enfermedades Cerebro Vasculares (E.C.V) está pasando por una fase de importante cambios en el ámbito mundial, en lo que la aplicación de las modernas tecnologías el uso de las estrategia de tratamiento basado en la evidencia la aplicación de nuevas y revolucionaria droga está haciendo virar notablemente el pronóstico y el curso natural de la enfermedad en un gran porcentaje de casos. Las enfermedades Cerebrovasculares (ECV) son una causa importante de morbilidad en la ancianidad, que se asocia con frecuencia a discapacidad física y a deterioro cognitivo (DC) de diverso grado. Las ECV se consideran la segunda causa de demencia y una de las pocas prevenibles. ¹ El diagnóstico precoz de la demencia ha sido frecuentemente sustentada por las guías de atención especializadas. ^{6,7} No obstante, la demencia es una entidad infra diagnosticada por los servicios médicos en España y en el mundo. ^{8,9}

Esto podría explicarse por varias razones. Primero, la formación de los profesionales de asistencia primaria (AP) en el área es escasa ¹⁰; los síntomas precoces de la demencia, sutiles y heterogéneos ¹¹, pueden generar una demora en el diagnóstico del paciente ¹²; se infrautilizan los test de cribado, pues consumen un tiempo excesivo ¹³; el cribado cognitivo generalizado de demencia en

AP no es coste-efectivo y, al no existir un tratamiento curativo en la mayoría de las demencias, el beneficio del diagnóstico inicial no es bien conocido por el paciente, por su familia e incluso por el estamento sanitario ^{14,15}. Concretamente, el cribado cognitivo representa un primer paso, previo a una evaluación más detallada, que puede ayudar a identificar, de manera temprana, casos bajo sospecha de demencia ¹⁶. Así, la estrategia de detección de casos de riesgo en AP (p. Ej. quejas de memoria o depresión), que no debe confundirse con el cribado generalizado en individuos asintomáticos, típico de los estudios epidemiológicos ¹⁴, podría producir beneficios en varios niveles:

- a) Inicia la intervención más adecuada, farmacológica y psicosocial, con la esperanza de retrasar la evolución de la demencia y la institucionalización. ^{17,18}
- b) Facilita la toma de decisiones en la familia sobre aspectos socio sanitario relacionado con el enfermo. ¹⁹
- c) Ayuda a reducir costes sanitarios asociados al uso de servicios a domicilio y especializados. ⁸

El objetivo del presente trabajo es describir aspectos relacionados con la calidad de vida en pacientes Supervivientes por dos años a enfermedad cerebrovascular.

Concepto y dimensiones de la calidad de vida

Hace ya varias décadas que la Organización Mundial de la Salud definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad. De esta definición se desprende que la evaluación de la salud no puede estar limitada a los factores clínicos tradicionales basados en variables puramente biológicas.

Así, debe valorarse tanto el estado *objetivo* de la salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud.

En un intento de dar respuesta a estas valoraciones más amplias de la medición de salud surge, a mediados de los años setenta, el término "calidad de vida" (CV). Aparece como un concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social. No existe, sin embargo, un consenso sobre la definición de calidad de vida, e incluso en la literatura se utilizan los términos "estado de salud", "estado funcional", "calidad de vida" o "calidad de vida relacionada con la salud" como

sinónimos, cuando realmente son términos relacionados, pero responden a conceptos distintos.

Aunque no existe una definición generalmente aceptada y utilizada de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), Herdman y Baró citan la definición propuesta por Shumaker y Naughton, que refleja adecuadamente el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo:

"La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional".

Los aspectos más importantes de esta definición son el hecho de que pone el énfasis en la evaluación subjetiva que el individuo hace de su propia CV (es decir, que refleja la opinión del individuo sobre los distintos aspectos de su CV), e incorpora un número limitado y bien definido de dimensiones.

La CVRS, así definida, incorpora solamente aquellas dimensiones que el individuo experimenta directamente y no incluye otros elementos que aunque son importantes en la salud, el individuo no percibe directamente (por ejemplo, las características genéticas, bioquímicas o histológicas). Tampoco incorpora aspectos externos como la vivienda, el medio ambiente, o incluso la situación política y económica del país. Aun así, no es fácil a la hora de operativizar estos conceptos en instrumentos, separar qué parte del bienestar/malestar en algunas dimensiones es debida a elementos relacionados con la salud y la atención sanitaria, y qué parte es debida a aspectos económicos, sociales o políticos, dado que todo se relaciona entre sí.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud en su definición de calidad de vida ³, hace referencia a la importancia del contexto cultural y de valores en que se vive, así como a la relación que tiene la calidad de vida con las expectativas del propio individuo:

"Calidad de Vida es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".

Por tanto, no debemos olvidar que la CV está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales. De este modo, la CVRS o salud percibida integra aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar, que pueden ser agrupados en cuatro apartados:

- Estado físico y capacidad funcional.
- Estado psicológico y bienestar.
- Interacciones sociales.
- Estado económico y sus factores.

Por otro lado, la CVRS constituye una importante variable de medida subjetiva del impacto que la enfermedad y su tratamiento producen en la vida del sujeto. Su valoración nos permite detectar alteraciones e intervenir precozmente, así como establecer comparaciones entre las distintas opciones terapéuticas. La evaluación de la CVRS en medicina nos aporta un resultado final de salud que se centra en la persona, no en la enfermedad; en cómo se siente el paciente, independientemente de los datos clínicos.

Tabla 1. Escala cubana de calidad de vida para el ictus. ECVI-38

¿Cuánta dificultad tiene Usted para?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
Utilizar las Manos	5	4	3	2	1
Mover las extremidades	5	4	3	2	1
Caminar	5	4	3	2	1
Mantener el equilibrio	5	4	3	2	1
Dolor o Molestias Físicas	5	4	3	2	1
¿Cuanta dificultad tiene usted para?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
Hablar	5	4	3	2	1
Leer	5	4	3	2	1
Escribir	5	4	3	2	1
Comunicarse con otras persona	5	4	3	2	1

Fuente: Datos estadísticos Policlínico Jimmy Hirtzel de Bayamo.

Tabla 2. Escala cubana de calidad de vida para el ictus. ECVI-38. (cont)

¿Cuántas dificultades tiene usted para?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
Moverse a lugares distantes de la casa	5	4	3	2	1
Realizar sus actividades de entretenimientos y recreación	5	4	3	2	1
Participar en actividades fuera del marco familiar	5	4	3	2	1
Participar en actividades de la comunidad	5	4	3	2	1

Fuente: Datos estadísticos Policlínico Jimmy Hirtzel de Bayamo.

Tabla 3. Escala cubana de calidad de vida para el ictus. ECVI-38. (cont)

¿Cuántas dificultades tiene usted para?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
Tener Independencia económica	5	4	3	2	1
Aportar económicamente a la familia como antes	5	4	3	2	1
Cumplir sus funciones dentro del hogar	5	4	3	2	1
Elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos	5	4	3	2	1
Participar en las decisiones familiares	5	4	3	2	1
Cumplir su papel como esposo o como esposa.	5	4	3	2	1

Tabla 4. Grado de repercusión de la enfermedad.

Grado de recuperación de la enfermedad	Numero de caso	%
Totalmente	2	2,3
Mucho	43	50,0
Bastante	10	11,6
Poco	16	18,6
Nada	15	17,4
Total	86	100

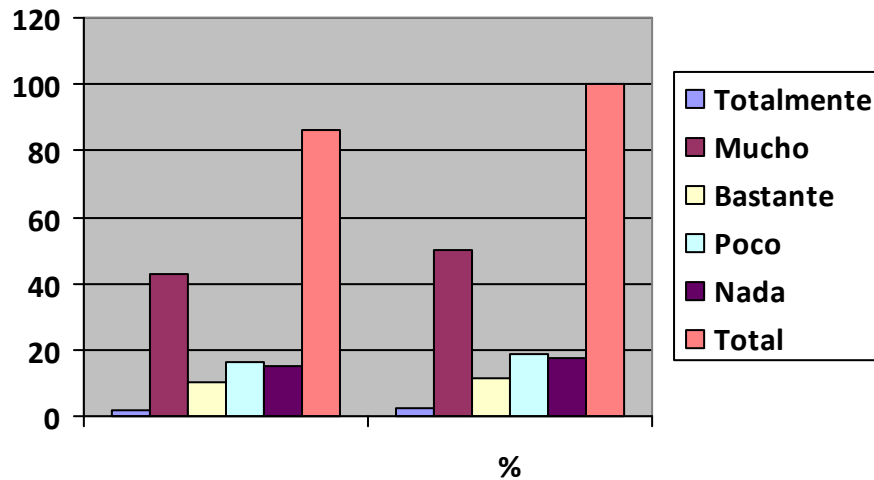


Gráfico. Evaluación de la CVRS.

CONCLUSIONES

Las alteraciones de la calidad de vida relacionada con la salud son secuelas que en mayor o menor grado padece la gran mayoría de los sobrevivientes a un neuroictus, estas pueden ser determinadas aplicando la escala de calidad de vida para el ictus. Es necesario adoptar medidas para minimizar los efectos deletéreos de estas afecciones y cumplir el objetivo de que los sobrevivientes tengan una calidad de vida satisfactoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bembibre Taboada R, Cruz de los Santos H, Rodríguez Amador L. Aplicación de puntaje en pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV). Rev Cubana Med [Internet]. 2002 [citado 10 jul 2014]; 41(3):136-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232002000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Gil- Núñez A C. Nuevos enfoques terapéuticos en la prevención del ictus. Rev Neurol [Internet]. 2002 [citado 10 jul 2014]; 33(9):801-4. Disponible en: <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?id=2002448>
3. Kidwell CS, Liebeskind DS, Starkman S, Saber JL. Trends in acute ischemic stroke trials through the 20th century. Stroke [Internet]. 2001 [citado 10 jul

2014]; 32(6):1349-59. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11387498>

4. Carot-Artal F. Escalas específicas de evaluación de la calidad de vida en el ictus. Rev Neurol [Internet]. 2004 [citado 10 jul 2014]; 39(11):1052- 62. Disponible en:

<http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2004447>

5. 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 [Internet]. 2005 [Citado 10 jul 2014]; 41(7):391- 8. Disponible en:

<http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2005156>.

6. Forsberg - Warleby G, Moller A, Blomstrand C. Spouses of first-ever stroke victims: sense of coherence in the first phase after stroke. Stroke [Internet]. 2001[citado 10 jul 2014]; 32(7):1646 - 52. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12395940>

7. Oguro H, Okada K, Yamaguchi S, Kobayashi S. A six year follow –up study on the influence of silent ischemic brain lesions on cognitive function and brain atrophy in elderly people. Nippon Ronen Igakkai Zasshi [Internet]. 2000[citado 10 jul 2014]; 37(4):298-303. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=six+year+follow+%E2%80%93+study+on+the+influence+of+silent+ischemic+brain+lesions+on+cognitive+function+and+brain+atrophy+in+elderly+people>

8. Baird AE, Dambrosia J, Janket S, Eichbaum Q, Chavez C, Silver B, et al. A three-item scale for the early prediction of stroke recovery. Lancet [Internet]. 2001 [citado 10 jul 2014]; 357(9274):2095-9. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11445104>

9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de las enfermedades Cerebrovasculares. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2000. [citado 10 jul 2014]. Disponible en:

<http://liscuba.sld.cu/index.php?P=GoTo&ID=5224&MF=4>

10. Bembibre Taboada R. Aspectos ético-bioéticos en la atención del paciente crítico. Rev Cubana Med [Internet]. 2003 [citado 10 jul 2014]; 42(1):5-11.

Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_1_03/med01103.htm

11. Wolfe CD, Tilling K, Rudd AG. The effectiveness of community-based rehabilitation for stroke patients who at home: a pilot randomized trial. Clin Rehabil [Internet]. 2000 [citado 10 jul 2014]; 14(6): 563-9. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+effectiveness+of+community-based+rehabilitation+for+stroke+patients+who+at+home%3Aa+pilot+randomized+trial>

12. Niessen LW, Dippel DW, Limburg M. Calculation of cost of stroke, cost effectiveness of stroke units and secondary prevention in patients after stroke, as recommended by revised CBO practice guideline Stroke. Ned Tijdschr Geneeskd [Internet]. 2000 [citado 10 jul 2014]; 144(41):1959-64. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Calculation+of+cost+of+stroke%2C+cost+effectiveness+of+stroke+units+and+secondary+prevention+in+patients+after+stroke%2C+as+recommended+by+revised+CBO+practice+guideline+Stroke>

13. Kelly PJ, Stein J, Shafqat S, Bskey C, Doherty D, Chang Y, et al. Functional recovery after rehabilitation for cerebellar stroke. Stroke [Internet]. 2001 [citado 10 jul 2014]; 32(2):530-4.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kelly+PJ+and+%28Functional+recovery+after+rehabilitation+for+cerebellar+stroke%29>

14. Lai SM, Duncan PW. Stroke recovery profile and the Modified Rankin assessment. Neuroepidemiology [Internet]. 2001 [citado 10 jul 2014]; 20(1):26-30. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11174042>

15. Lin JH, Hsiao SF, Chang CM, Huang MH, Liuy CK, Lin YT. Factors influencing functional independence outcome in stroke patients after rehabilitation. Kaohsiung J Med Sci [Internet]. 2000 [citado 10 jul 2014]; 16(7):351-9.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11079294>

16. Rochette A, Desrosiers J, Noreau L. Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke.

Disabil Rehabil [Internet]. 2001 [citado 10 jul 2014]; 23(13):559-69. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11451190>

17. Rozman C. Pronóstico. En: Medicina Interna.13 ed. [Internet]. Madrid: Harcourt Brace; 2000.p. 11- 4. [citado 10 jul 2014]. Disponible en: <http://www.todocoleccion.net/farreras-rozman-medicina-interna-13-edicion-tomo-1~x27310801>

18. Williams LS, Yilmaz EY, Lopez-Yunez AM. Retrospective assesment of initial stroke severity with the NIH stroke scale. Stroke [Internet]. 2000 [citado 10 jul 2014]; 31(4):858-62. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Williams+LS+and++%28Retrospective+assessment+of+initial+stroke+severity+with+the+NIH+stroke+scale+%29>

19. Donald Easton J, Hauser SL, Martin JB. Enfermedades cerebrovasculares En: Harrinson TR. Principios de Medicina Interna.14 ed. t 2. [Internet]. Madrid: Editorial Mc Graw Hill, Interamericana; 2002. p .2644-2672. [citado 10 jul 2014]. Disponible en: <http://harrisonmedicina.com/content.aspx?aid=57195405>

20. Kanemaru A, Kanemaru K, Kuwajima I. The effects of short – term blood presure variability and nighttime blood presure levels on cognitive function. Hypertens Res [Internet]. 2001 [citado 10 jul 2014]; 24(1):19-24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+effects+of+short+%E2%80%93+term+blood+presure+variability+and+nighttime+blood+presure+levels+on+cognitive+function>

21. Hansson L, Lithell H, Skoog I, Baro F, Banki CM, Breteler M, et al. Study on cognition and prognosis in the elderly (SCOPE): baseline characteristics. Blood Pressure [Internet]. 2000 [citado 10 jul 2014]; 9(2-3):146-51. Disponible en: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/518/1/pdf.9.pdf>

22. Herndon R. Introduction to Clinical Neurologic Scales. En: Herndon R. Handbook of Neurologic Scales. New York: Demos Vermande Bock; 1997.p.1-6.

23. Gilman S. Clinical Examination of the Nervous System. New York: Mc Graw Hill; 2000.

24. Buergo Zuazuabar MA, Fernández Concepción O. Guías de práctica clínica. Enfermedad cerebrovascular [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2009. [citado 10 jul 2014]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/libros/guia_enf_cerebrovascular/completo.pdf

Recibido: 18 de mayo de 2014.

Aprobado: 11 de junio de 2014.

Esmilda Leyva Velázquez. Policlínico Docente Jimmy Hirtzel. Bayamo. Granma, Cuba.