

Ossteba

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-13-06

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ICTUS Y DE SU CUIDADOR. PRONÓSTICO Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR

Proyecto de Investigación Comisionada

Enero 2013

INFORME DE EVALUACIÓN

D-13-06

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ICTUS
Y DE SU CUIDADOR.
PRONÓSTICO Y RESULTADOS DEL
TRATAMIENTO REHABILITADOR**

Proyecto de Investigación Comisionada

Enero 2013

Pinedo Otaola, Susana
Erazo Presser, Paula
Miranda Artieda, Zuberoa Maite
Lizarraga Errea, Natividad
Gamio Indakoetxea, Ana
Tejada Ezquerro, Pedro
Zaldibar Barinaga, Begoña
Aycart Barba, Juan
Gómez Fraga, Isaac

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2013

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2010. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
Nº Expediente 2010COM112002.

Este documento debe ser citado como:

Pinedo S, Erazo P, Miranda ZM, Lizarraga N, Gamio A, Tejada PI, Zaldibar B, Aycart J, Gómez I. *Calidad de vida del paciente con ictus y de su cuidador. Pronóstico y resultados del tratamiento rehabilitador*. Investigación Comisionada. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2013. Informe Osteba D-13-06.

Este documento completo está disponible en:

http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/calvidapac_ictus.pdf

Autora para correspondencia :

susana.pinedootaola@osakidetza.net. Susana Pinedo Otaola

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión, externa o por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Edición:	1.ª setiembre 2013
Tirada:	80 ejemplares
©	Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud
Internet:	www.osakidetza.euskadi.net/osteba
Edita:	Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Fotocomposición:	Composiciones RALI, S.A. Costa, 12-14 - 48010 Bilbao
Impresión y encuadernación:	ONA Industria Gráfica, S.A. Poígono Agustinos, c/ F - 31013 Pamplona
ISBN:	978-84-457-3251-9
D.L:	VI 601-2013

Equipo de Investigación

Investigadora principal

Susana Pinedo Otaola. Servicio de Rehabilitación. Hospital Gorliz. (Bizkaia).

Miembros del equipo de investigación

Paula Erazo Presser. Servicio de Rehabilitación. Hospital Gorliz. (Bizkaia).

Zuberoa Maite Miranda Artieda. Servicio de Rehabilitación. Hospital Gorliz. (Bizkaia).

Navidad Lizarraga Errea. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Donostia. (Gipuzkoa).

Ana Gamio Indakoetxea. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Donostia. (Gipuzkoa).

Pedro Ignacio Tejada Ezquerro. Servicio de Rehabilitación. Hospital Gorliz. (Bizkaia).

Begoña Zaldibar Barinaga. Servicio de Rehabilitación. Hospital Gorliz. (Bizkaia).

Juan Aycart Barba. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Donostia. (Gipuzkoa).

Isaac Gómez Fraga. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Donostia. (Gipuzkoa).

Personal investigador contratado

Verónica Sanmartín Cuevas. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias: BIOEF. (Bizkaia).

Asesoría y apoyo metodológico

Amaia Bilbao González. Unidad Investigación. Hospital Universitario Basurto. (Bizkaia).

Revisores externos

Javier Mar Medina. Unidad de Gestión Sanitaria. Organización Sanitaria Integrada Alto Deba. (Gipuzkoa).

Elena Martínez García. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Araba. Sede Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con este informe.

Coordinación y gestión administrativa del Proyecto en Osteba

M^a Asun Gutiérrez Iglesias, Ana Belén Arcellares Díez. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

ÍNDICE

RESUMENES ESTRUCTURADOS	9
1. INTRODUCCIÓN.....	17
2. OBJETIVOS.....	21
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
3.1. Diseño del estudio	27
3.2. Sujetos	27
3.3. Procedimiento	27
3.4. Instrumentos de medida	27
3.5. Variables.....	31
3.6. Análisis estadístico	32
4. RESULTADOS	35
4.1. Relación de pacientes incluidos y excluidos. Análisis de las pérdidas	37
4.2. Datos sociodemográficos.....	38
4.3. Clasificación y tipo de ictus	42
4.4. Factores de riesgo cardiovascular.....	42
4.5. Comorbilidad	43
4.6. Déficits neurológicos.....	43
4.7. Situación funcional.....	48
4.8. Complicaciones médicas	52
4.9. Efectividad y eficiencia del proceso rehabilitador.....	54
4.10. Destino al alta.....	57
4.11. Calidad de vida	59
4.12. Sobrecarga y depresión de los cuidadores	70
4.13. Satisfacción de pacientes y cuidadores.....	75
4.14. Datos relacionados con la hospitalización. Comparaciones entre Centros	77
5. DISCUSIÓN	79
6. CONCLUSIONES.....	85
7. RECOMENDACIONES	91
BIBLIOGRAFÍA.....	95
ANEXOS. Escalas utilizadas.....	103

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ICTUS Y DE SU CUIDADOR. PRONÓSTICO Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR

Autores: Pinedo S, Erazo P, Miranda ZM, Lizarraga N, Gamio A, Tejada PI, Zaldibar B, Aycart J, Gómez I.

Palabras clave MESH: Accidente cerebrovascular, rehabilitación, calidad de vida, estado de salud, cuidadores, efectividad, eficiencia, pronóstico, valoración funcional, satisfacción, evaluación de resultados.

Otras palabras clave: Actividades de la vida diaria, discapacidad, depresión, cuidado

Fecha: Enero 2013

Páginas: 124

Referencias: 83

Lenguaje: Castellano, resúmenes en castellano, euskera e inglés

ISBN: 978-84-457-3251-9

INTRODUCCIÓN

La elevada incidencia del ictus en nuestra sociedad hace necesario optimizar los recursos terapéuticos en este colectivo de pacientes. El tratamiento rehabilitador contribuye a disminuir la discapacidad del paciente con ictus y a facilitar su regreso al domicilio tras el alta hospitalaria, repercutiendo en la mejora de su calidad de vida y en la de su cuidador principal.

OBJETIVOS

Los objetivos principales son analizar la efectividad y la eficiencia del tratamiento rehabilitador del paciente tras un ictus, y conocer cuáles son las variables que más influyen en la recuperación funcional y en su destino al alta hospitalaria. Por otra parte, evaluar la calidad de vida de los pacientes discapacitados tras un ictus, y la sobrecarga y calidad de vida de su cuidador principal.

MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes admitidos tras un ictus durante ocho meses en los Servicios de Rehabilitación de dos hospitales de Osakidetza. La valoración se realizó al ingreso, en el momento del alta hospitalaria y a los seis meses del ictus, e incluyó datos sociodemográficos, riesgo social (escala de Gijón), comorbilidad (Índice de Charlson), severidad neurológica (NIHSS), valoración funcional mediante el Índice de Barthel (IB), efectividad, eficiencia y el destino al alta. A los seis meses postictus también se evaluó la sobrecarga del cuidador mediante la escala de Zarit, la calidad de vida del paciente y del cuidador mediante el cuestionario SF36, comparando con los datos de la población general del País Vasco, y un cuestionario de calidad de vida específico

para el ictus (ECVI 38). El análisis fue realizado aplicando un modelo lineal y modelos de regresión logística.

Análisis económico: SI

NO

Opinión de Expertos: SI

NO

RESULTADOS

El 45,2 % de los 241 pacientes incluidos se encontraban en una situación de total dependencia al ingreso y el 12,8 % al alta hospitalaria. La estancia media fue de $37,1 \pm 22,8$ días y la efectividad fue de $32,5 \pm 20,4$ puntos en el IB, y la eficiencia $1,25 \pm 1,24$. La variable que más influyó en la efectividad fue el IB al ingreso, y en la eficiencia la severidad de los déficits neurológicos ($p < 0,001$). Un 81,5 % de los pacientes volvieron a su domicilio tras la hospitalización. La probabilidad de destino a residencia es 3 y 2,71 veces mayor en los pacientes con dependencia total y con alta comorbilidad, respectivamente. Las variables que más se asocian con el destino al alta son el estado civil, el riesgo social y el IB ($p < 0,001$).

En el estudio fueron incluidos 119 cuidadores, con una media de edad de 59 años, siendo mujeres el 74 %. Los pacientes con ictus perciben un deterioro en su calidad de vida superior al de sus cuidadores, y ambos, un deterioro respecto a la población general. La calidad del paciente se encuentra más afectada cuanto peor es su situación funcional, mayor el déficit neurológico, si presenta depresión y cuando el género es mujer. Los cuidadores perciben una sobrecarga media de 48,26 en la escala de Zarit, que es superior en las mujeres. El componente físico de la calidad de vida en el cuidador se ve más afectado cuanto peor es el estado funcional del paciente y si éste presenta problemas de deglución. El componente mental se afecta más cuanto mayor es la edad del paciente y cuando el paciente a quien cuidan es mujer.

CONCLUSIONES

Son numerosas las variables que influyen en los resultados del tratamiento rehabilitador tras un ictus, por lo que se hace necesario realizar una valoración integral de los pacientes con discapacidad tras un ictus que permita pronosticar la recuperación del paciente, los objetivos del tratamiento y realizar un plan de destino al alta. Además, la discapacidad del paciente con ictus repercute en su calidad de vida tanto en su componente físico como mental, y en la calidad de vida y sobrecarga de su cuidador principal. Distinguir las variables que más influyen en la sobrecarga del cuidador, y en la calidad de vida del paciente puede permitir crear estrategias que compensen en parte esta realidad.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: IKTUSA IZAN DUEN PAZIENTEAREN ETA HAREN ZAINZAILERAREN BIZI-KALITATEA. PRONOSTIKOA ETA ERREHABILITAZIO-TRATAMENDUAREN ONDORIOAK

Egileak: Pinedo S, Erazo P, Miranda ZM, Lizarraga N, Gamio A, Tejada PI, Zaldibar B, Aycart J, Gómez I.

MESH gako-hitzak: Garuneko hodietako istripua, errehabilitazioa, bizi-kalitatea, osasun-egoe-
ra, zainzaileak, eraginkortasuna, efizientzia, pronostikoa, balioespen fun-
tzionala, asebetetzea, ondorioen ebaluazioa.

Beste gako-hitz batzuk: Eguneroko bizitzako jarduerak, desgaitasuna, depresioa, zaintza.

Data: 2013ko urtarrila

Orrialdeak: 124

Aipamenak: 83

Hizkuntza: gaztelania; laburpena gaztelaniaz, euskaraz eta ingelesez

ISBN: 978-84-457-3251-9

SARRERA

Iktusek gure gizartean eragin handia dutenez, ezinbestekoa da paziente hauentzako baliabide tera-
peutikoak optimizatzea. Errehabilitazioko tratamenduak iktusa izan duen pazientearen desgaitasuna
gutxitzen eta ospitaleko alta jaso ondoren etxeratzea errazten laguntzen du, eta horrek pazientearen
bizi-kalitatea eta haren zainzaile nagusiarena hobetzen du.

HELBURUAK

Helburu nagusiak dira iktusa izan duen pazientearen errehabilitazio-tratamenduaren eraginkortasuna
eta efizientzia analizatzea, eta jakitea zer aldagaik eragiten duten gehien funtzioen indarberritzean eta
ospitaleko alta jaso ondoren izango duen destinoan. Bestetik, iktusa jasan duten paziente desgaituen
bizi-kalitatea, eragiten duten gainkarga eta haien zainzaile nagusien bizi-kalitatea ebaluatzea ere bai.

METODOAK

Iktus bat izan eta Osakidetzako bi ospitaletako errehabilitazio-zerbitzuetan zortzi hilabetez aritu diren
paziente guztiak hartu ziren. Balioespena egin zen ospitaleratzean, ospitaleko alta jasotzean eta iktusa
izan eta sei hilabetera; eta horretarako kontuan hartu ziren: datu soziodemografikoak, gizarte-arriskua
(Gijónen eskala), komorbiditatea (Charlsonen indizea), intentsitate neurologikoa (NIHSS), funtzio-ba-
lionespena Barthelen indizearen bidez (IB), eraginkortasuna, efizientzia eta alta ematean izango zuen
destinoa. Iktusa izan eta sei hilabetera hauek ere ebaluatu ziren: zainzaileak zuen gainkarga Zarit-en
eskala erabiliz, pazientearen eta zainzailearen bizi-kalitatea SF36 galdetegia erabiliz, eta EAEko biztan-

leen datuekin alderatu zen, eta iktuserako berariaz egindako bizi-kalitateari buruzko galdetegia (ECVI 38). Eredu lineala bat eta erregresio logistikoko ereduak erabiliz egin zen analisia.

Analisi ekonomikoa: BAI

EZ

Adituen iritzia: BAI

EZ

EMAITZAK

Analisian parte hartutako 241 pazientetatik % 45,2k erabateko mendekotasuna zuten ospitalizatzean, eta % 12,8k baita ospitaleko alta jasotzean ere. Batez besteko egonaldia $37,1 \pm 22,8$ egun izan zen; eraginkortasuna, $32,5 \pm 20,4$ puntu IB indizean, eta efizientzia, $1,25 \pm 1,24$. Eraginkortasunean gehien eragin zuen aldagaia ospitalizatzean zuten lBa izan zen, eta efizientzian, berriz, urritasun neurologikoen larritasuna ($p < 0,001$). Pazienteen % 81,5 etxera itzuli zen ospitaleetik ateratakoan. Egoitzetan sartzeko probabilitatea 3 eta 2,71 aldiz handiagoa da erabateko mendekotasuna eta komorbilitate handia duten pazienteetan, hurrenez hurren. Ospitaleko alta jasotzean destinoarekin gehien erlazionatzen diren aldagaiak dira: egoera zibila, gizarte-arriskua eta lBa ($p < 0,001$).

Azterketan 119 zaintzaile ere sartu ziren. Batez besteko adina 59 urte zuten eta zaintzaileen % 74 emakumeak ziren. Ikstusa izan duten pazienteen bizi-kalitatea beren zaintzaileena baino gehiago okertzen da, eta biena, haatik, gainerako herritarrena baino gehiago. Pazientearen bizi-kalitatea zenbat eta okerragoa izango da, orduan eta egoera funtzional okerragoa izan eta urritasun neurologiko handiagoa, bai eta depresioa badu eta emakumea bada ere. Zaintzaileek batez besteko ginkarga hau jasaten dute: 48,26 Zarit-en eskala; emakumeek gehiago, hala ere. Zaintzailearen bizi-kalitatearen osagai fisikoa kaltetuago izango da pazientearen egoera funtzionala zenbat eta okerragoa izan, eta irensteko arazoak baditu. Osagai mentalak kalte gehiago jasaten ditu pazienteak zenbat eta urte gehiago izan eta zaintzen ari diren pazienteak emakumea bada.

ONDORIOAK

Aldagai askok eragiten du iktus bat izan ondoko errehabilitazio-tratamenduaren ondorioetan; horrenbestez, ezinbestekoa da iktus bat izan ondoren desgaitasunak dituzten pazienteen balioespen osoa egitea, pazienteak sendatuko den esateko, tratamenduaren helburuak ezartzeko eta alta jasotzean izango duen destinoaren plana egiteko. Horretaz gain, iktusa izan duen pazientearen desgaitasunak bere bizi-kalitatean eragiten du, bai osagai fisikoan bai mentalean, baita haren zaintzaile nagusiaren bizi-kalitatean eta ginkargan ere. Zaintzailearen ginkargan eta pazientearen bizi-kalitatean gehien eragiten duten aldagaiak bereizteak lagun dezake errealitate hori, zati batean behintzat, orekatzeko estrategia sortzen.

STRUCTURED SUMMARY

Title: QUALITY OF LIFE OF STROKE PATIENTS AND THEIR CAREGIVERS. PROGNOSIS AND RESULTS OF REHABILITATING TREATMENT

Authors: Pinedo S, Erazo P, Miranda ZM, Lizarraga N, Gamio A, Tejada PI, Zaldibar B, Aycart J, Gómez I.

MESH keywords: Stroke, rehabilitation, quality of life, state of health, caregivers, effectiveness, efficiency, prognosis, functional evaluation, satisfaction, assessment of results.

Other keywords: Activities in daily activity, disability, depression, care

Date: January 2013.

Pages: 124

References: 83

Language: Spanish, abstracts in Spanish, Basque and English

ISBN: 978-84-457-3251-9

INTRODUCTION

The high stroke rate in our society makes it necessary to optimise the therapeutic resources in this group of patients. Rehabilitating treatment contributes to a decrease in the level of disability of stroke patients and facilitates their return home following discharge from hospital, improving the quality of life both of patients and caregivers.

OBJETIVE

The main aims are to analyse the effectiveness and efficiency of the rehabilitation treatment following a stroke and to determine those variables that have the greatest influence on the functional recuperation and their destination on being discharged from hospital. On the other hand, evaluate the quality of life of disabled patients following a stroke, and the burden and quality of life of their main caregivers.

METHODS

All the patients admitted to the Rehabilitation Services of the two hospitals of the Basque Health Service (Osakidetza) for eight months following a stroke were included. The evaluation was performed on admission, on discharge from hospital, and six months following the stroke and included sociodemographic data, social risk (Gijon scale), comorbidity (Charlson Index), neurological severity (NIHSS), functional variation by means of the Barthel Index (BI), effectiveness, efficiency and the destination on discharge. Six months following the stroke, an assessment was also made of the burden for the caregiver based on the Zarit scale, the quality of life of the patient and caregiver based the SF36 questionnaire,

and these were compared with data on the general population of the Basque Country, and a questionnaire of the specific quality of life for stroke (ECVI 38). The analysis was made by applying a linear model and logistical regression models.

Economic analysis: YES

NO

Expert opinion: YES

NO

RESULTS

Forty-five point two percent of the 241 patients included were found to be in a situation of total dependency on admission and 12.8 % on being discharged from hospital. The average stay was 37.1 ± 22.8 days and the effectiveness was 32.5 ± 20.4 points on the BI and efficiency was 1.25 ± 1.24 . The variable that had a greater influence on effectiveness was the BI on admission and the severity of the neurological deficits ($p < 0.001$) had the greater influence on efficiency. Eighty-one point five percent returned to their homes following hospitalisation. The probability of destination to a nursing home is 3 and 2.71 times greater in patients with total dependency and with high comorbidity, respectively. The variables most closely associated with destination on discharge are marital status, social risk and BI ($p < 0.001$).

One hundred and nineteen caregivers were included in the study with an average age of 59; women represented 74 %. Stroke patients perceive a drop in their quality of life greater than their caregivers and both perceive a deterioration in comparison with the general population. The quality of life of patients is affected to a greater degree the worse their functional situation, the greater their neurological deficit, if there is depression and when the gender is female. Caregivers perceive an average burden of 48.26 on the Zarit scale, which is greater in women. The physical component of the quality of life of the caregiver is affected more the worse the functional status of the patient is and if he/she has problems of swallowing. The mental component is affected the greater the age of the patient and when the patient cared for is a woman.

CONCLUSIONS

There are numerous variables that influence the results of the rehabilitating treatment following a stroke, and it is therefore necessary to make an overall evaluation of the patients with disability following a stroke that allows doctors to predict the recovery of the patient, the aims of the treatment and to carry out a destination plan on discharge. Moreover, the disability of stroke patients affects their quality of life, both in their physical and mental component, and in the quality of life and burden of their main caregiver. By identifying the variables that have the greatest influence on the burden of the caregiver and the quality of life of the patient may allow strategies to be created to partially compensate this situation.

1. INTRODUCCIÓN

El ictus es la principal causa de discapacidad en la población adulta en nuestra sociedad. Su prevalencia se estima en un 6,4 % de la población mayor de 70 años, que se prevé irá en aumento en los próximos años, lo que incrementará el número de personas con necesidad de cuidados¹. El ictus es, además, un acontecimiento inesperado y causa de sufrimiento para los pacientes y sus familias.

Uno de los objetivos principales de los programas de rehabilitación es la recuperación de la función. Por función se entiende la capacidad de ejecutar de manera autónoma aquellas acciones que componen el quehacer cotidiano, tanto individual como socialmente. El término recuperación funcional se emplea para identificar el grado de independencia que un individuo alcanza en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como comer, usar el inodoro, contener esfínteres, asearse, vestirse y caminar. El tratamiento rehabilitador contribuye a que el paciente consiga la máxima recuperación funcional, mejore su estado anímico y su Calidad de Vida (CV)^{2,3}.

La selección de medidas de resultado en Rehabilitación es una tarea complicada, y frecuentemente, el grado de recuperación funcional es el único criterio empleado para medir los resultados del tratamiento. La Organización Mundial de la Salud propone la incorporación de otras medidas de resultado, como la clasificación de déficit, discapacidad y minusvalía⁴. Por otra parte, la satisfacción del paciente se valora cada vez más como un indicador de calidad de la atención médica recibida y, para algunos autores, debería considerarse como un objetivo más en la atención integral en los programas de rehabilitación funcional⁵. El análisis de la efectividad, o resultados funcionales, y el análisis de la eficiencia, es decir, la relación entre el resultado funcional y duración del tratamiento, son de gran interés puesto que nos permiten valorar el proceso terapéutico realizado para establecer comparaciones con otros Servicios, valorar la tendencia evolutiva y detectar los grupos de baja efectividad y eficiencia⁶.

La evaluación de la efectividad y la eficiencia resulta de utilidad, además, para cuantificar el coste económico. Las intervenciones que pueden reducir el impacto económico del ictus son la prevención del ictus inicial y recurrente, la reducción de la gravedad del ictus inicial y la mejora en el proceso de recuperación⁷.

La dependencia de terceras personas para la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), la alteración del estado anímico y la afectación de la vida social son algunas de las consecuencias que aparecen en gran parte de los supervivientes a un ictus⁸. Se estima que el 20-25 % de los supervivientes a los 6 meses del ictus continúa siendo incapaz de caminar sin asistencia física y que más de un 60 % no puede incorporar la mano afectada a la realización de las AVD⁹. Además, las secuelas suelen afectar a la salud y a la CV no solo del paciente, sino también de sus cuidadores^{10,11}. La importancia del papel del familiar/cuidador principal en el proceso rehabilitador es básico. Está demostrado que su implicación mejora la eficiencia, facilita el proceso de alta hospitalaria e incluso la recuperación funcional del paciente: la existencia de un adecuado soporte familiar se relaciona con menor discapacidad y con una mejor CV de los pacientes tras el ictus.

Se distinguen dos tipos de cuidados. El cuidado formal, que se realiza habitualmente por profesionales y de forma retribuida, y el cuidado informal, que es la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de la familia, amigos u otras personas que no reciben ninguna retribución económica por la ayuda que proporcionan. Este último tipo de cuidado, juega un papel esencial en la atención a las personas dependientes en nuestro país¹².

Asumir el papel de cuidador constituye una importante fuente de estrés, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales¹³. Por otra parte, la sobrecarga que soporta el cuidador depende también de las experiencias subjetivas y del apoyo social que recibe^{14,15}. Según el *Informe sobre el Impacto Social de los Enfermos Dependientes por Ictus* en el Estado español, el número medio de horas semanales que dedica un cuidador al cuidado de su familiar con ictus es de 115 horas¹³.

Es importante que los cuidadores se sientan acompañados y realizar un adecuado apoyo emocional, así como informarles y prepararles progresivamente para convivir con la discapacidad^{16,17}.

La elevada incidencia y prevalencia del ictus en nuestra sociedad^{18,19}, la gravedad de la discapacidad que provoca, su impacto económico y carga social justifican la pertinencia de este estudio.

La Unidad de Daño cerebral del Servicio de Rehabilitación del Hospital Gorliz y el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Donostia, son referentes en Osakidetza en Bizkaia y Gipuzkoa, respectivamente, para el tratamiento rehabilitador del paciente que precisa hospitalización tras un ictus. Es decir, se atienden a pacientes que tras un ictus presentan una discapacidad que no les permite volver a su domicilio habitual tras la fase aguda. Anualmente ingresan más de 500 pacientes al año entre ambos Centros. Este gran tamaño muestral permite la realización de este trabajo, conocer la efectividad y eficiencia de nuestros tratamientos y los resultados obtenidos.

Este trabajo supone un acercamiento al paciente con ictus y a sus cuidadores. Se pretende conocer el pronóstico y los resultados del tratamiento rehabilitador, valorar la repercusión de la discapacidad en la CV de las personas afectadas y de sus familias, analizar su repercusión anímica, familiar y social, y evaluar el grado de satisfacción con la atención sanitaria recibida en nuestros Servicios de Rehabilitación.

2. OBJETIVOS

OBJETIVOS PRINCIPALES

1. Analizar la efectividad y la eficiencia del tratamiento rehabilitador del paciente tras un ictus, así como las diversas variables (factores sociales, comorbilidad, dependencia funcional) que se asocian a unos mejores resultados.
2. Predecir el destino del paciente al alta en base a la valoración de diversas variables sociodemográficas, clínicas y funcionales recogidas durante el ingreso.
3. Evaluar la calidad de vida de los pacientes con un ictus y la de sus cuidadores, y compararla con la población general de la comunidad autónoma vasca.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes atendidos en nuestros servicios de Rehabilitación y el de sus cuidadores.
2. Describir la situación inicial, la aparición de complicaciones, la evolución de los déficits neurológicos y de la recuperación funcional durante los seis meses siguientes al ictus.
3. Valorar el estado anímico del paciente y de su cuidador, así como la sobrecarga de éste a los seis meses postictus.
4. Valorar la satisfacción de pacientes y cuidadores con el programa rehabilitador e identificar las variables dependientes del propio paciente y del proceso asistencial relacionados con mayor insatisfacción.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio de cohortes longitudinal prospectivo con un seguimiento de seis meses para el estudio de la evolución de la situación clínica y funcional de los pacientes con ictus. La cohorte estuvo formada por los pacientes que ingresaron tras un ictus para tratamiento rehabilitador en la Unidad de Daño Cerebral del Servicio de Rehabilitación del Hospital Gorniz y en el Hospital Universitario Donostia. A los seis meses tras el ictus se realizó un corte transversal para el estudio de la calidad de vida y de la satisfacción con el tratamiento rehabilitador tanto de los pacientes como de sus cuidadores principales.

3.2. SUJETOS

La unidad de estudio es el paciente con ictus y su cuidador principal, considerándose cuidador principal a la persona que habitualmente se hace cargo de las necesidades, tanto básicas como psicosociales del paciente, o que los supervisa en sus actividades básicas de la vida diaria en su domicilio¹⁵.

Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes que ingresaban tras un ictus en los servicios de rehabilitación citados durante el periodo comprendido del 1 de febrero al 30 de septiembre de 2011, así como a sus cuidadores principales.

Como criterios de exclusión se consideraron: ingreso en la Unidad transcurridas más de siete semanas del ictus; discapacidad severa previa al ictus (Índice de Barthel²⁰ < 60); falta de colaboración por deterioro de funciones superiores y/o patología psiquiátrica; neoplasia con corta esperanza de vida; enfermedad sistémica grave que condicione una disnea en reposo o a mínimos esfuerzos y que impida el tratamiento rehabilitador y falta de consentimiento informado para participar en el estudio. También se excluyó a aquellos cuidadores que recibían una remuneración económica por la atención prestada.

3.3. PROCEDIMIENTO

Todos los pacientes (o familiares a cargo si la situación del paciente lo impedía) fueron informados de los objetivos del estudio y se solicitó su consentimiento, subrayando la participación voluntaria.

Al ingreso en los servicios de Rehabilitación se recogieron los datos sociodemográficos, y se evaluaron las características clínicas y funcionales de cada paciente, esta evaluación se repitió en el momento del alta hospitalaria.

A los seis meses del ictus se citó a los pacientes junto a sus cuidadores en consultas externas de Rehabilitación, repitiéndose el mismo protocolo de evaluación respecto a las variables clínicas y funcionales y evaluando además, la CV de cada paciente, la CV de su cuidador, la sobrecarga en el cuidador y la satisfacción de ambos con el tratamiento rehabilitador.

Todas las escalas relacionadas con el estado anímico, sobrecarga, CV y satisfacción fueron realizadas mediante entrevista personal por una psicóloga, contratada para la elaboración de este estudio, ajena al equipo terapéutico para no influir en sus respuestas.

Este trabajo se ha realizado con la aprobación de los Comités Éticos de Investigación y Calidad (CEIC) de los Hospitales Universitarios Cruces (referente del Hospital Gorniz) y Donostia.

3.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Todos los cuestionarios y escalas aplicadas a pacientes y cuidadores se adjuntan en el anexo 1.

3.4.1. Escala de valoración sociofamiliar Gijón²¹

Se trata de una escala para la detección de riesgo social. Recoge cinco áreas de valoración: *situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales*. La puntuación global oscila entre 5 (mejor situación social posible) y 20 (mayor precariedad social), en función de la cual se establecen los siguientes puntos de corte para su interpretación:

- Entre 5 y 9: Aceptable situación social o riesgo mínimo.
- Entre 10 y 14: Riesgo social intermedio.
- >14: Riesgo social elevado.

3.4.2. Índice de Charlson²²

El *índice de comorbilidad de Charlson* evalúa las comorbilidades del sujeto además de ser un sistema de evaluación de la esperanza de vida. Se ha utilizado también para el cálculo de costes de enfermedades crónicas en enfermos de Atención Primaria. Consta de 19 condiciones mórbidas a las que se les asigna un peso de 1, 2, 3 o 6. Permite sumar el total de puntuaciones y categorizar la puntuación global de la siguiente forma:

- Comorbilidad baja o ausente (0-1).
- Comorbilidad moderada (2).
- Comorbilidad severa (≥ 3).

3.4.3. Índice Barthel modificado²⁰

Se trata de una medida que evalúa el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), que son: *comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse del sillón a la cama, deambulación, subir-bajar escaleras*. La puntuación global oscila entre 0 (máxima dependencia) a 100 (máxima independencia). En este trabajo se ha utilizado la versión modificada por Shah, por ser más sensible a los cambios funcionales al aumentar a cinco los niveles de dependencia para cada AVD del IB original, con los siguientes puntos de corte:

- Dependencia total ó absoluta: 0-20.
- Dependencia severa: 20-60.
- Dependencia moderada: 60-90.
- Dependencia leve: 90 -99.
- Independencia: 100.

3.4.4. Clasificación Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP)²³

Esta clasificación permite valorar la localización y tamaño de la lesión cerebral en cuatro categorías en función de los déficits que presenta el paciente, y se le reconoce un valor pronóstico.

3.4.5. Escala del ictus del National Institute of Health (NIHSS)²⁴

Esta escala se emplea para la valoración de funciones neurológicas y está constituida por once ítems que permiten explorar de forma rápida: funciones corticales, pares craneales superiores, función motora, sensibilidad, coordinación y lenguaje.

Según la puntuación obtenida, la gravedad neurológica se clasifica en:

- Déficit neurológico leve (0-8).
- Déficit neurológico moderado (9-16).
- Déficit neurológico severo (>17).

3.4.6. Escala de severidad de afasia del Test de Boston²⁵

Forma parte de la batería de pruebas del Test de Boston para el diagnóstico de la afasia. Este test valora la capacidad del paciente para la comunicación oral. Estableces seis grados de discapacidad, de 0 (ausencia de habla o comprensión auditiva) a 5 (mínimos deterioro observables). Su aplicación es sencilla y de gran utilidad desde el punto de vista rehabilitador.

3.4.7. Cuestionario del estado mental de Pfeiffer²⁶

Es uno de los cuestionarios más utilizados como screening para detectar la presencia de deterioro cognitivo. Es un instrumento que consta de 10 ítems, y detecta tanto la presencia como el grado de deterioro cognitivo con la siguiente interpretación de los resultados:

- 0-2 errores: funcionamiento intelectual normal.
- 3-4 errores: deterioro cognitivo leve.
- 5-7 errores: deterioro cognitivo moderado.
- 8-10 errores: deterioro cognitivo severo.

3.4.8. Escala de depresión Geriátrica de Yesavage²⁷

Es una escala autoadministrada de 15 ítems. Su rango de puntuación va desde 0 a 15 y el punto de corte para la probabilidad de depresión es 5. Permite cuantificar los síntomas depresivos y se correlaciona bien con la escala de Hamilton y el índice de Beck, siendo una de las escalas recomendadas por la American Clinical Practice Guideline in post-stroke Rehabilitation.

3.4.9. Test de control de tronco²⁸

Se trata de un test que explora cuatro movimientos en la propia cama del paciente: en decúbito supino volteo hacia el lado pléjico; en decúbito supino volteo hacia el lado sano; transferencia de decúbito supino a sedestación y sentarse en la cama con los pies colgando en una posición equilibrada durante 30 segundos. Cada apartado del test se puntúa como 0 puntos si el paciente es incapaz de realizar el movimiento sin ayuda; 12 si es capaz de realizarlo de manera anormal y 25 si es capaz de completar el movimiento de manera normal. La puntuación total es la suma de los resultados de las cuatro pruebas y su valor puede variar desde 0 a 100. Los puntos de corte establecidos son:

- 0 a 37: severo déficit en el control de tronco.
- 37 a 74: moderado déficit en el control de tronco.
- > 74: leve déficit en el control de tronco.

3.4.10. Escala de capacidad de ambulación funcional (CAF)²⁹

Se trata de una escala que mide la capacidad de caminar y el grado de dependencia en la deambulación sin tener en consideración el uso de ayudas técnicas para facilitar la marcha estableciendo seis categorías, de 0 (marcha no funcional) a 5 (capacidad de caminar independiente por cualquier sitio).

3.4.11. Escala de calidad de vida para pacientes con ictus (ECVI-38)³⁰

La escala ECVI-38 es un instrumento que comprende 38 ítems agrupados en ocho dominios: estado físico, comunicación, cognición, emociones, sentimientos, actividades básicas de la vida diaria, actividades comunes de la vida diaria y funcionamiento sociofamiliar. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de cinco posibilidades de respuesta, donde 5 representa la peor situación posible y 1, la ausencia de problema.

Para calcular la puntuación de los dominios de la escala utiliza la fórmula «Puntuación = (media-1)×100/5-1». La puntuación total de la escala se obtiene del promedio de la puntuación de los dominios.

Para categorizar las respuestas se realiza una equivalencia entre la puntuación total y la escala de respuesta de los ítems; tal como se describe en la siguiente tabla 1.

Tabla 1. Categorización de las respuestas en base a la puntuación total y la escala de respuestas de los ítems

Escala de respuesta ítems	Porcentaje del dominio	Clasificación de la respuesta
1	0	< 25: sin afectación
2	25	25 - 49: afectación leve
3	50	50 - 74: afectación moderada
4	75	75 o más: afectación grave
5	100	

3.4.12. Cuestionario sobre el estado general de salud SF-36³¹

El Short Form-36 Health Survey es una encuesta de salud que consta de 36 preguntas que evalúan ocho conceptos genéricos sobre la salud:

- *Función Física*: grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
- *Rol Físico*: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación o dificultad en el tipo de actividades realizadas.
- *Dolor Corporal*: valora la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.
- *Salud General*: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- *Vitalidad*: cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
- *Función Social*: grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- *Rol Emocional*: grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a estas actividades, menor rendimiento que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- *Salud Mental*: mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

Las puntuaciones de cada una de las ocho dimensiones del SF-36 oscilan entre los valores 0 y 100. Siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy malo.

Existen varias versiones de este cuestionario, habiendo utilizado para este estudio la versión validada en español SF36 v2. Se compararon las puntuaciones con la población general de la Comunidad Autónoma Vasca.³²

3.4.13. Test de sobrecarga en el cuidador de Zarit³³

Permite valorar el nivel de claudicación del cuidador, definido como la situación de incapacidad del cuidador para prestar las atenciones requeridas por el paciente. Considera 22 aspectos del estado anímico del cuidador y relacionados con las sensaciones de éste cuando cuida a otra persona, evaluados de 1 a 5 puntos. La puntuación final es la suma de los valores obtenidos en cada una de las cuestiones. Una puntuación inferior a 47 puntos se relaciona con ausencia de claudicación; entre 47 y 55 puntos el nivel de claudicación se considera leve; puntuaciones superiores a 55 puntos implican niveles altos de claudicación.

3.4.14. Cuestionario de satisfacción hospitalaria de Pound³⁴

Este cuestionario, utilizado para medir el grado de satisfacción del paciente con el programa rehabilitador tras el ictus consta de 12 ítems separados en tres apartados: satisfacción con el *trato y la información recibidos* durante el ingreso hospitalario, satisfacción con el *tratamiento* rehabilitador durante el ingreso y la recuperación, y satisfacción sobre aspectos relacionados con la *información y el soporte social que el paciente recibe tras el alta hospitalaria*. El grado de satisfacción para cada ítem se define en cuatro grados: muy satisfecho (4 puntos), satisfecho (3 puntos), insatisfecho (2 punto) y muy insatisfecho (1 punto).

3.4.15. Escala de satisfacción del cuidador⁵

La satisfacción del cuidador se ha evaluado con el cuestionario propuesto por Aguirrezabal⁵ que formula tres preguntas sobre la información recibida, la formación en el tratamiento del paciente durante el ingreso y la accesibilidad para contactar con el equipo rehabilitador tras el alta hospitalaria. El grado de satisfacción para cada ítem se define del mismo modo que en la escala Pound.

3.5. VARIABLES

A continuación se resumen las variables incluidas en el estudio, que fueron recogidas a las 72 horas como máximo del ingreso del paciente, posteriormente al alta hospitalaria, y a los seis meses del ictus.

a) *Del paciente:*

- *Datos sociodemográficos:* edad, sexo, estado civil, situación laboral, riesgo social (escala de valoración social de Gijón), destino al alta, cambio de domicilio y cambio de cuidador (estas dos últimas únicamente se recogen en el seguimiento).
- *Situación previa al ictus:* factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad (Índice de Charlson), dependencia previa para AVD (Índice de Barthel), ayudas externas para la marcha.
- *Variables clínicas:* fecha del ictus y del ingreso en Rehabilitación, tipo de ictus, lateralidad y localización (clasificación OCSP), fibrinólisis, cirugía ictus hemorrágico, escala neurológica escandinava de ictus (NIHSS), afasia (test de Boston), estado cognitivo (test Pfeiffer), depresión (Escala GDS), disfa-

gia, sonda nasogástrica, sonda vesical, heminegligencia, anosognosia, déficit sensibilidad superficial y profunda, inestabilidad en sedestación (Test Control de tronco) y complicaciones médicas.

- *Variables funcionales*: capacidad de ambulación (Escala CAF), Índice de Barthel. En el seguimiento también se recoge la variable: necesidad de ayudas externas.
- *Calidad de vida*: calidad de vida específica para el ictus (ECVI-38), y cuestionario de salud general SF36 (a los seis meses).
- *Satisfacción*: cuestionario Pound (a los seis meses).

b) *Del cuidador*:

- *Variables sociodemográficas*: edad, sexo, estado civil, parentesco con el paciente, número de personas con las que convive, y situación laboral pre-ictus (variables recogidas al alta hospitalaria del paciente).
- *Apoyo social/Carga del Cuidador*: número de horas diarias dedicadas al cuidado del paciente, tiempo continuado dedicado al cuidado del paciente, apoyo formal recibido, situación laboral post-ictus, sobrecarga del cuidador (Cuestionario Zarit) (variables recogidas a los seis meses de seguimiento).
- *Calidad de vida*: cuestionario de salud general SF36 (a los seis meses de seguimiento).
- *Satisfacción*: encuesta elaborada por Aguirrezabal⁵

c) *Del proceso rehabilitador*:

- *Efectividad*: diferencia entre IB al alta hospitalaria e IB al ingreso hospitalario.
- *Eficiencia*: cociente entre efectividad y tiempo de estancia hospitalaria.
- *Destino al alta hospitalaria*: domicilio propio/familiar o residencia.

3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- *Análisis descriptivo*: se usaron estadísticos descriptivos para valorar las variables dependientes e independientes de forma basal y para cada momento de análisis de las mismas empleando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medias y desviaciones típicas o medianas y rangos intercuartílicos, según su grado de simetría, para las cuantitativas.
- *Análisis de las pérdidas*: se compararon las características sociodemográficas, clínicas y funcionales recogidas durante el ingreso entre los pacientes que habían respondido al seguimiento y los que no, con el fin de analizar si las pérdidas de seguimiento eran aleatorias o respondían a algún perfil concreto. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó el test Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher y para la comparación de variables cuantitativas se utilizaron la prueba *t* de Student o el test no paramétrico de Wilcoxon cuando la variable no seguía una distribución normal.
- *Análisis de la efectividad y eficiencia del tratamiento*: para estudiar cuáles de las posibles variables independientes (sociodemográficas, clínicas y funcionales recogidas durante el ingreso) influían de forma significativa en la efectividad o en la eficiencia del tratamiento (variables cuantitativas) se utilizó el Modelo Lineal General. Se realizaron análisis separados para cada una de las variables dependientes (efectividad y eficiencia). Para cada caso, en primer lugar, se realizaron análisis univariantes para ver la influencia de cada una de las variables independientes de forma individual. Aquellas variables con una $p < 0,15$ entraron en un modelo multivariante, y en el modelo final únicamente se consideraron aquellas con $p < 0,05$. De esta manera, pudimos estudiar el conjunto de variables que influyen en estos dos parámetros y su capacidad explicativa (medido a través del coeficiente de determinación).

Cuando no se cumplieron los requisitos de normalidad en los modelos, se realizó la transformación logarítmica de la variable dependiente.

- *Análisis del destino al alta del paciente:* para estudiar cuáles de las posibles variables sociodemográficas, clínicas y funcionales recogidas durante el ingreso que influían en el destino al alta del paciente (domicilio vs. residencia-institucional) se utilizaron los modelos de regresión logística. En primer lugar, se realizaron análisis univariantes considerando cada una de las posibles variables predictoras de forma independiente, y siendo la variable dependiente el destino al alta (dicótoma). Las variables con una $p < 0,15$ entraron en un modelo multivariante de regresión logística. Se escogieron para el modelo de predicción final las variables que obtuvieron un valor de $p < 0,05$ en el modelo multivariante. Se evaluó la validez discriminante del modelo predictivo mediante el área bajo la curva ROC³⁵. La calibración del modelo se evaluó mediante el test de Hosmer y Lemeshow³⁶.
- *Análisis de la calidad de vida del paciente y el cuidador:* se compararon los datos del SF-36 tanto de pacientes como de cuidadores con los datos de la población general del País Vasco, controlando por edad y sexo. Además, se compararon los ocho dominios del SF-36 entre pacientes y cuidadores. Para la comparación se utilizó la prueba *t* de Student o el test no paramétrico de Wilcoxon cuando la variable no seguía una distribución normal. Se analizó la posible influencia de las variables independientes sobre la calidad de vida de pacientes y calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores, con el fin de ver qué variables influían de forma significativa sobre la calidad de vida. Se realizaron análisis univariantes separados para cada variable dependiente (ECVI-38 de pacientes, componentes sumarios del SF-36 de cuidadores, y Zarit, todas ellas escalas cuantitativas). Para los análisis se empleó el Modelo Lineal General siguiendo los mismos criterios mencionados anteriormente para el análisis de efectividad y eficiencia del tratamiento.
- *Análisis de la satisfacción del paciente y el cuidador con la atención recibida:* se estudió la relación entre el nivel de satisfacción de los pacientes con el riesgo social, el estado y la recuperación funcional del paciente, la depresión, la edad y la calidad de vida (ECVI) del paciente (variables cuantitativas) calculando el coeficiente de correlación Rho de Spearman. También se analizó la relación de estas variables con cada uno de los ítems de la escala de satisfacción de los cuidadores (ítems cualitativos ordinales) mediante la prueba de Chi-cuadrado.

Todos los datos fueron analizados mediante los programas estadísticos IBM SPSS Statistics 19 y SAS System for Windows, versión 9.2 (SAS Institute Cary, NC).

4. RESULTADOS

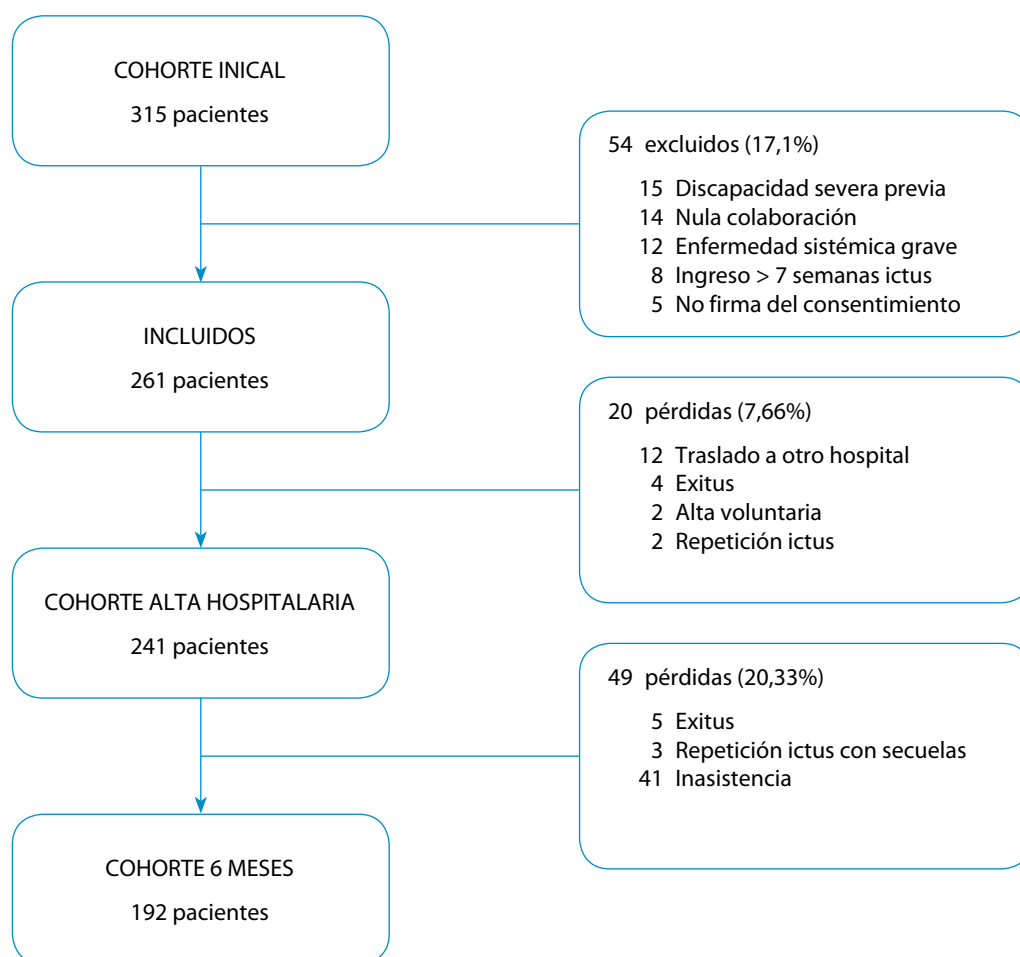
4.1. RELACIÓN DE PACIENTES INCLUIDOS Y EXCLUIDOS. ANÁLISIS DE LAS PÉRDIDAS

4.1.1. Relación de pacientes incluidos y excluidos

Se consideraron pérdidas a todos aquellos pacientes en los que durante su hospitalización o seguimiento no se pudo completar la recogida de variables fundamentales para el estudio; y se evaluaron para evitar sesgos por pérdida en el seguimiento.

Se reclutó una cohorte inicial de 315 pacientes, de los cuales 54 cumplían alguno de los criterios de exclusión. En los 261 pacientes incluidos al ingreso se contabilizaron 20 pérdidas durante la hospitalización, de modo que 241 pacientes fueron evaluados al ingreso y alta hospitalaria. Durante el periodo de seguimiento hubo 49 pérdidas, resultando una cohorte a los seis meses de 192 pacientes y 119 cuidadores (figura 1).

Figura 1. Relación de paciente incluidos y excluidos / pérdidas



4.1.2. Análisis de las pérdidas

Los pacientes que no finalizaron el seguimiento eran de mayor edad y con un mayor riesgo social, mientras que no se observaron diferencias significativas en cuanto al género o la recuperación del estado funcional. En el grupo de pacientes con dependencia total hubo mayores pérdidas, sin embargo, tal diferencia no resultó estadísticamente significativa (tabla 2).

Tabla 2. Análisis de las pérdidas

	Incluidos (n=192)	Pérdidas (n=49)	p
Edad m±DE	70,63 ± 11,99	74,76 ± 10,48	0,028
Sexo			
Mujer n (%)	79 (41,1%)	24 (49,0%)	NS
Hombre n (%)	113 (58,9%)	25 (51,0%)	
Recuperación funcional m±DE	32,88 ± 20,32	31,14 ± 21,09	NS
IB ingreso m±DE	25,74 ± 21,09	19,37 ± 19,90	NS
IB alta m±DE	58,62 ± 25,62	50,51 ± 28,78	NS
Riesgo social m±DE	9,05 ± 2,71	10,33 ± 3,42	0,006

m: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística; NS: diferencia no significativa.

4.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

4.2.1. Pacientes

De los 241 pacientes incluidos el 57,3 % fueron hombres. Más de la mitad de los pacientes estaban casados. Respecto a la situación laboral previa al ictus, el 74,7 % de los pacientes eran pensionistas y un 13,7 % se encontraban en activo (tabla 3). La media de edad fue de 71,4±11,7 años, con un rango que osciló entre los 36 y los 98 años, siendo la media de edad de las mujeres nueve años mayor que la de los hombres. Un 36 % se encontraba en la franja de edad entre 75-85 años, y un 28,2 % eran menores de 65 años (figuras 2 y 3).

Tabla 3. Datos sociodemográficos de los pacientes (n=241)

	n	(%)
Sexo		
Mujer	103	(42,7)
Hombre	138	(57,3)
Edad m±DE	71,46	±11,79
Estado Civil		
Casado	131	(53,7)
Viudo	71	(29,5)
Soltero	29	(12,0)
Separado/Divorciado	10	(4,1)
Situación Laboral		
Pensionista	180	(74,7)
En activo	33	(13,7)
Ama de casa no pensionista	11	(4,6)
Incapacidad Laboral	10	(4,1)
Paro	7	(2,9)

Figura 2. Medias de edad de los pacientes

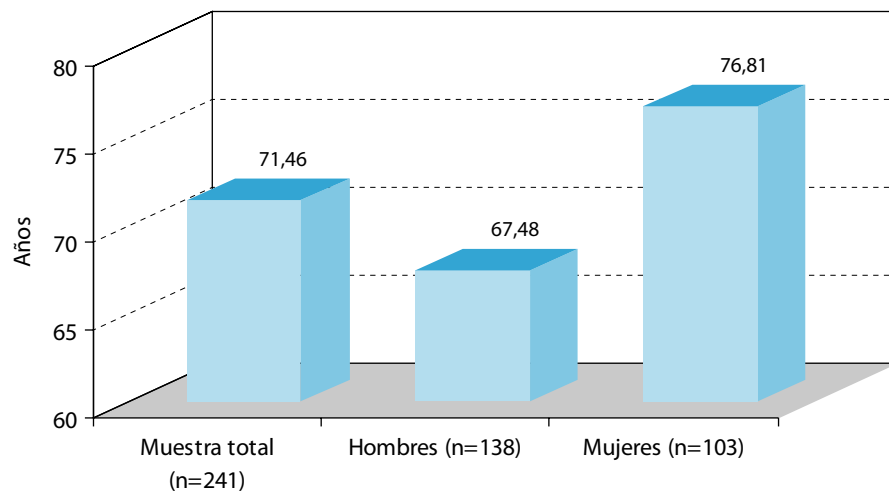
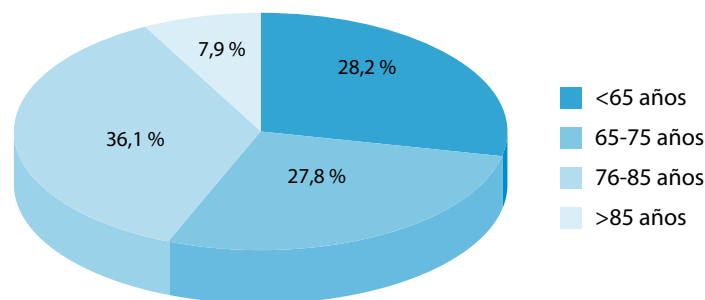


Figura 3. Clasificación por edad de los pacientes (n=241)



La media del riesgo social fue de $9,3 \pm 2,9$ que corresponde a un rango cuantitativo entre bajo e intermedio. Un 27,1 % de pacientes vivían solos. Únicamente un 27,5 % disponía de una vivienda adecuada a las necesidades, el 45,8 % tenía una vivienda con barreras arquitectónicas y un 25,4 % no disponía de ascensor o teléfono. Respecto a la situación económica, más de la mitad de los pacientes percibían ingresos inferiores a 1,5 veces el salario mínimo interprofesional. La mayoría de los pacientes tenía adecuadas relaciones sociales (71,3 %). En uno de los casos no fue posible la valoración con la escala Gijón (tabla 4).

Tabla 4. Escala de valoración sociofamiliar Gijón (n=240)

	n	(%)
Riesgo social		
Sin riesgo ó bajo riesgo (0-9)	166	(69,2)
Riesgo intermedio (10-16)	69	(28,7)
Riesgo elevado (17-25)	5	(2,1)
Situación familiar		
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica.	96	(40,0)
Vive con cónyuge de similar edad.	46	(19,2)
Vive con familiar con algún grado de dependencia.	33	(13,7)
Vive solo y tiene hijos próximos.	38	(15,8)
Vive solo y carece de hijos o viven alejados.	27	(11,3)
Situación económica		
Más de 1,5 veces el salario mínimo.	105	(43,8)
Desde 1,4 veces hasta el salario mínimo exclusive.	74	(30,8)
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.	41	(17,1)
Pensión no contributiva.	14	(5,8)
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.	6	(2,5)
Vivienda		
Adecuada a necesidades.	66	(27,5)
Barreras arquitectónicas	110	(45,8)
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado	2	(0,9)
Ausencia ascensor, teléfono.	61	(25,4)
Vivienda inadecuada (chabolas, viviendas ruinosas)	1	(0,4)
Relaciones sociales		
Relaciones sociales.	171	(71,3)
Relación social sólo con familia y vecinos	38	(15,8)
Relación social sólo con familia o vecinos.	19	(7,9)
No sale del domicilio, recibe visitas.	10	(4,2)
No sale y no recibe visitas.	2	(0,8)
Apoyo de la red social		
Con apoyo familiar o vecinal.	200	(83,3)
Voluntariado social, ayuda domiciliaria.	25	(10,4)
No tiene apoyo.	7	(2,9)
Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica.	4	(1,7)
Tiene cuidados permanentes.	4	(1,7)

4.2.2. Cuidadores

La media de edad de los 119 cuidadores principales incluidos fue de $58,8 \pm 12,3$ años, de los cuales el 73,9 % eran mujeres. La persona que habitualmente se hacía cargo de los cuidados principales del paciente era el cónyuge o los hijos El 35,3 % de los cuidadores estaba en activo antes de ocurrir el ictus, y el 26,9 % los cuidadores continuaba en activo tras la asunción del cuidado. En un 62,2 % de los casos la dedicación al cuidado fue completa, es decir, la mayor parte del día. Un 74,8 % de los cuidadores principales no disponía a los seis meses postictus de ningún tipo de apoyo formal (tabla 5).

Tabla 5. Características sociodemográficas de los cuidadores (n=119)

	n	(%)
Sexo		
Mujer	88	(73,9)
Varón	31	(26,1)
Edad m±DE		
	58,83	±12,39
< 65 años	86	(72,3)
> 65 años	33	(27,7)
Mujeres m±DE	57,38	±12,26
Hombres m±DE	61,01	±12,42
Parentesco		
Cónyuge	71	(59,7)
Hijo/a	39	(32,8)
Cuñado/a	3	(2,5)
Hermano/a	3	(2,5)
Otros	3	(2,5)
Situación laboral pre-ictus		
Activo	42	(35,3)
Ama de casa	45	(37,8)
Jubilado	24	(20,2)
Paro	6	(5,0)
Incapacidad laboral permanente	1	(0,8)
Reducción de jornada	1	(0,8)
Situación laboral post-ictus		
Activo	32	(26,9)
Ama de casa	44	(37,0)
Jubilado	25	(21,0)
Paro	7	(5,9)
Incapacidad laboral permanente	1	(0,8)
Excedencia	3	(2,5)
Baja laboral	3	(2,5)
Dedicación al cuidado		
La mayor parte del día (>6 horas al día)	74	(62,2)
Parte del día (entre 3 y 6 horas al día)	18	(15,1)
Unas horas al día (menos de 3 horas al día)	7	(5,9)
Convivencia (ayuda sólo en AIVD)	20	(16,8)
Apoyo formal		
Ayuda a domicilio privada	20	(16,8)
Ayuda a domicilio subvencionada	5	(4,2)
Centro de estancia diurna	3	(2,5)
Telealarma	2	(1,7)
Sin apoyo	89	(74,8)

4.3. CLASIFICACIÓN Y TIPO DE ICTUS

182 pacientes presentaron un ictus isquémico, de los cuales el 18,7 % recibió tratamiento fibrinolítico. De los 59 ictus hemorrágicos, dos de ellos se trababan de hemorragias subaracnoideas (3,4 %) y en 13 casos se había realizado cirugía evacuadora (16,9 %). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la lateralidad del ictus. Según la clasificación OCSP el síndrome total de circulación anterior (TACS) fue el ictus isquémico más frecuente, presente en un 47,3 % de los casos, seguido del síndrome parcial de circulación anterior (PACS) (tabla 6).

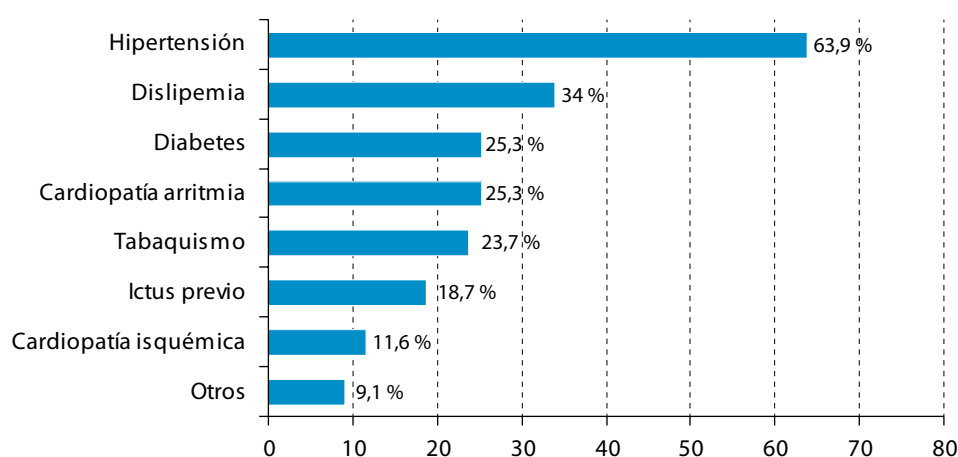
Tabla 6. Localización y tipo de ictus (n=241)

	n	(%)
Tipo de ictus		
Isquémico	182	(75,5)
Hemorrágico	59	(24,5)
Lateralidad del ictus		
Izquierda	117	(48,5)
Derecha	111	(46,1)
Bilateral	13	(5,4)
Subtipo ictus isquémico (n=182)		
TACS	86	(47,3)
PACS	39	(21,4)
POCS	22	(12,1)
LACS	35	(19,2)

4.4. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La hipertensión fue el Factor de Riesgo (FR) más frecuente, presente en un 63,9 % de los pacientes. La diabetes y la arritmia se encontraron con la misma frecuencia, en un 25,3 % de los pacientes. La media de FR asociados por paciente fue de $2,13 \pm 1,27$. Un 38,2 % de los pacientes presentaron 3 o más factores de riesgo asociados (figura 4).

Figura 4. Factores de riesgo cardiovascular (n=241)



4.5. COMORBILIDAD

La media de la comorbilidad con el índice de Charlson fue de $2,77 \pm 1,44$. A la presencia de hemiplejía postictus se le otorga dos puntos, y al ictus sin hemiplejía un punto. Atendiendo a la clasificación de la comorbilidad por categorías de afectación, encontramos que más de la mitad de los pacientes presentaban alta comorbilidad. A la diabetes mellitus se le otorga un punto si precisa para su control de medicación y dos puntos cuando hay repercusión en los órganos diana. La relación de frecuencias y porcentajes de todas las categorías patológicas se recogen en la siguiente tabla 7.

Tabla 7. Índice de comorbilidad de Charlson (n=241)

	n	(%)
Infarto de miocardio	17	(7,1)
Insuficiencia cardíaca	32	(13,3)
Enfermedad arterial periférica	15	(6,2)
Enfermedad cerebro vascular	44	(18,3)
Demencia	8	(3,3)
Enfermedad respiratoria crónica	26	(10,8)
Enfermedad del tejido conectivo	2	(0,8)
Úlcera gastroduodenal:	13	(5,4)
Hepatopatía crónica leve	6	(2,5)
Diabetes	38	(15,8)
Hemiplejía	197	(81,7)
Insuficiencia renal crónica moderada/severa	2	(0,8)
Diabetes con lesión en órganos diana	16	(6,6)
Tumor o neoplasia sólida	15	(6,2)
Leucemia	-	-
Linfoma	1	(0,4)
Hepatopatía crónica moderada/severa	2	(0,8)
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	-	-
Sida definido	-	-

4.6. DÉFICITS NEUROLÓGICOS

4.6.1. Severidad del déficit neurológico (NIHSS)

La puntuación media obtenida en la escala NIHSS al ingreso fue de $9,22 \pm 5,78$ correspondiente a déficit neurológico moderado; al alta hospitalaria la puntuación media desciende significativamente ($p < 0,001$) a $5,81 \pm 4,18$ y a los seis meses a una puntuación media de $5,24 \pm 5,55$ no siendo esta diferencia significativa ($p = 0,103$). En el ingreso, el 50,6 % de los pacientes presentaban un déficit neurológico leve, y al alta hospitalaria el 74,7 %. A los seis meses postictus, el porcentaje de pacientes con un déficit moderado o severo fue de 20,4 % (Tabla 8).

Tabla 8. Evolución del déficit neurológico (NIHSS)

	Ingreso n= 241 n (%)	Alta n=241 n (%)	6 meses n=192 n (%)
NIHSS total m±DE	9,22 ±5,78	5,81 ±4,18	5,24±5,55
Déficit neurológico leve (0-8)	122 (50,6)	180 (74,7)	151 (78,6)
Déficit neurológico moderado (9-16)	93 (38,6)	57 (23,7)	36 (18,8)
Déficit neurológico severo (>17)	26 (10,8)	4 (1,6)	5 (2,6)

4.6.2. Déficit visuales, sensitivos y perceptivos

La hemiipnosia (falta de visión que afecta a la mitad del campo visual) y los déficits sensitivos fueron los déficits más frecuentes. La hemiipnosia estuvo presente en el 46,5 % de los pacientes al ingreso y en un 23,4 % a los seis meses postictus. El 86,9 % de los pacientes presentaron déficit en la sensibilidad (superficial y/o profunda) al ingreso, disminuyendo a un 70,5 % en el alta hospitalaria y a un 53,3 % a los seis meses post-ictus. El 12 % de los pacientes presentaron anosognosia (falta de consciencia o negación de la propia enfermedad) en el ingreso hospitalario y 2,6 % a los seis meses post-ictus. En todos los casos se encontraron diferencias significativas ($p < 0,001$) en las comparaciones alta hospitalaria-ingreso y seis meses-alta hospitalaria (tabla 9).

Tabla 9. Evolución de los déficits visuales, sensitivos y perceptivos

	Ingreso n=241 n (%)	Alta n=241 n (%)	6 meses n=192 n (%)
Hemiipnosia	112 (46,5)	84 (34,9)	45 (23,4)
Heminegligencia	73 (30,3)	54 (22,4)	33 (17,2)
Anosognosia	29 (12,0)	22 (9,1)	5 (2,6)
Déficit sensibilidad superficial	135 (56,0)	121 (50,2)	69 (35,9)
Déficit sensibilidad profunda	73 (30,3)	49 (20,3)	34 (17,4)

4.6.3. Déficit de fuerza

Los déficits de fuerza se evaluaron mediante las subescalas 5 y 6 de la escala NIHSS, referidas a la función motora de las extremidades superiores e inferiores respectivamente. En relación a la puntuación obtenida en cada una de estas subescalas, construimos tres categorías: «vence gravedad» (puntuaciones 0-1), «no vence gravedad, pero hay actividad muscular» (puntuaciones 2-3) y «no hay movimiento» (puntuaciones mayores a 3).

Como era de esperar, por el tipo de lesión de la mayoría de pacientes, se objetiva una mayor afectación de la extremidad superior respecto a la inferior. Y se observa que la mejoría se produce fundamentalmente durante el ingreso hospitalario ($p < 0,001$ en ambas extremidades) no encontrándose apenas diferencias en los datos de los seis meses post-ictus respecto a los datos del alta hospitalaria ($p = 0,485$ en la extremidad superior, y $p = 0,844$ en la extremidad inferior). Lo que significa que la recuperación del déficit motor se produce principalmente en las primeras semanas de evolución post-ictus.

Al ingreso un 56,4 % de pacientes no vencía gravedad o no tenía movimiento en la extremidad superior, mientras que a los seis meses post-ictus el 34,4 % se mantenía en esta situación. En cuanto a la ex-

tremidad inferior no vencía gravedad o no tenía movimiento un 46,1 % y un 22,4 % de los pacientes al ingreso y a los seis meses post-ictus respectivamente (tabla 10).

Tabla 10. Evolución del déficit motor

	Ingreso n=241 n (%)	Alta n=241 n (%)	6 meses n=192 n (%)
Extremidad superior m±DE	2,06 ±1,62	1,34 ±1,64	1,30 ±1,68
Vence gravedad (0-1)	105 (43,6)	152 (63,1)	126 (65,6)
No vence gravedad (2-3)	64 (26,5)	48 (19,9)	31 (16,1)
No hay movimiento (>3)	72 (29,9)	41 (17,0)	35 (18,3)
Extremidad inferior m±DE	1,62 ±1,35	0,82 ±1,14	0,83 ±1,22
Vence gravedad (0-1)	130 (53,9)	192 (79,7)	149 (77,6)
No vence gravedad (2-3)	74 (30,7)	41 (17,0)	37 (19,3)
No hay movimiento (>3)	37 (15,4)	8 (3,3)	6 (3,1)

4.6.4. Déficit del control de tronco

En el test de control de tronco (TCT) se obtuvo una puntuación media de $54,47 \pm 29,58$ al ingreso, mejorando significativamente durante la hospitalización ($p < 0,001$) (figura 5). En la tabla 11 se exponen los resultados obtenidos en los cuatro aspectos evaluados en el TCT.

Figura 5. Evolución Test de control de tronco (TCT)

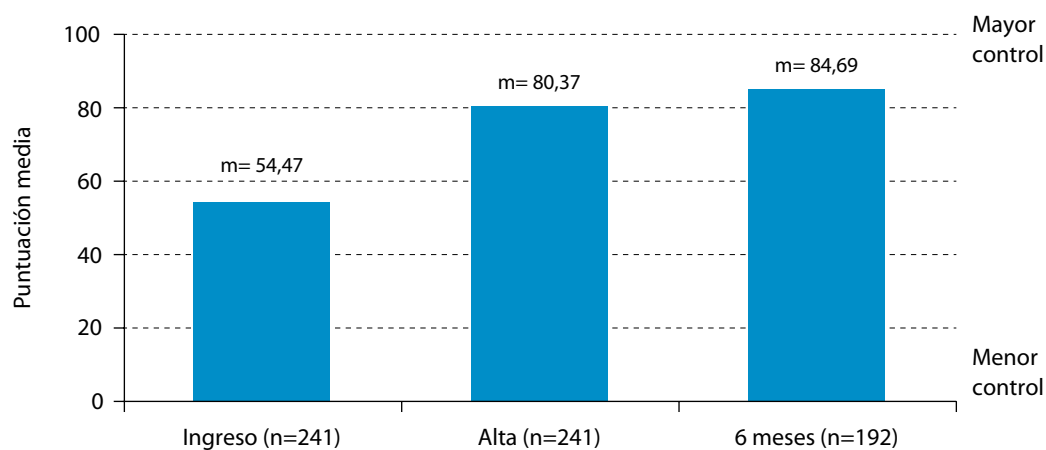


Tabla 11. Evolución del Control de Tronco (Test de Control de Tronco)

1. Volteo hacia el lado afecto: en decúbito supino, volteo hacia el lado débil. Puede empujar o agarrarse en la cama con el lado sano			
	Ingreso n=241 n (%)	Alta n=241 n (%)	6 meses n=192 n (%)
Incapaz	27 (11,2)	1 (0,4)	2 (1,0)
Con ayuda	103 (42,7)	43 (17,8)	41 (21,4)
Normal	111 (46,1)	197 (81,7)	149 (77,6)

2. Volteo hacia el lado sano: desde decúbito supino, llevar la pierna afectada por encima			
	Ingreso n=241 n (%)	Alta n=241 n (%)	6 meses n=192 n (%)
Incapaz	55 (22,8)	12 (5,0)	7 (3,6)
Con ayuda	118 (49,0)	75 (31,1)	45 (23,4)
Normal	68 (28,2)	154 (63,9)	140 (72,9)

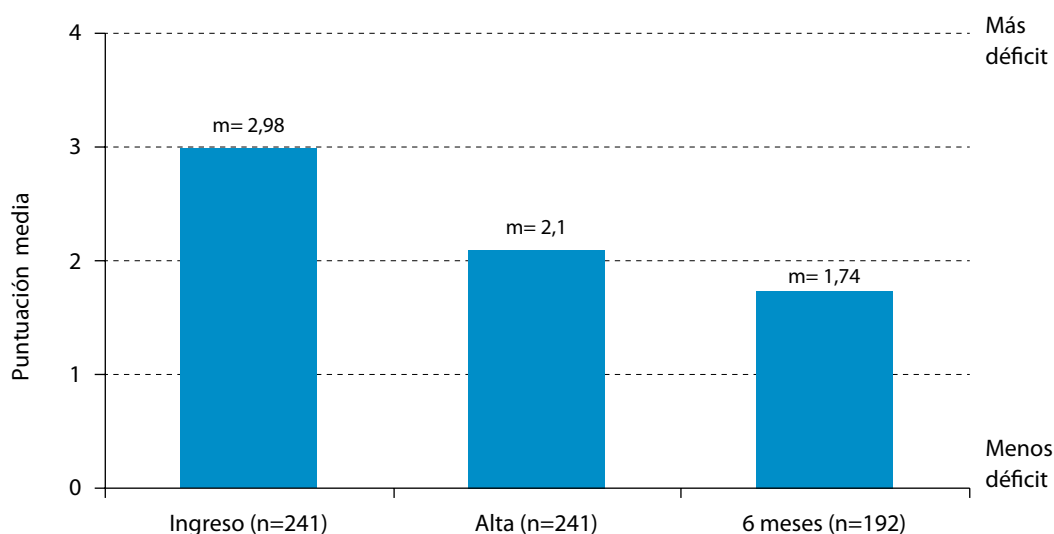
3. De decúbito supino a sedestación: desde decúbito supino, puede usar brazo(s) para empujar o agarrarse			
	Ingreso n=241 n (%)	Alta n=241 n (%)	6 meses n=192 n (%)
Incapaz	58 (24,1)	11 (4,6)	11 (5,7)
Con ayuda	142 (58,9)	122 (50,6)	66 (34,4)
Normal	41 (17,0)	108 (44,8)	115 (59,9)

4. Equilibrio de sedestación: sentado al borde de la cama. Y con los pies alejados del suelo. Mantiene el equilibrio durante 30 segundos			
	Ingreso n=241 n (%)	Alta n=241 n (%)	6 meses n=192 n (%)
Incapaz	54 (22,4)	8 (3,3)	4 (2,1)
Con ayuda	108 (44,8)	62 (25,7)	26 (13,5)
Normal	79 (32,8)	171 (71,0)	162 (84,4)

4.6.5. Estado cognitivo

Se aprecia una mejora significativa en el estado cognitivo del momento de ingreso, respecto al alta hospitalaria. La puntuación media en el test de Pfeiffer al ingreso fue de 2,98 disminuyendo a 2,10 al alta hospitalaria ($p < 0,001$), no encontrándose diferencias significativas en la evaluación de los seis meses, aunque sí existió una tendencia a la mejora (figura 6). Según nuestra experiencia, con relativa frecuencias los pacientes ingresan desorientados y según pasan los días están más orientados y participantes en el tratamiento rehabilitador.

Figura 6. Evolución de las medias en el test de Pfeiffer



En un 12 % de los pacientes no fue posible valorar los trastornos cognitivos durante la hospitalización principalmente por déficit en la comunicación. Al ingreso, un 55,2 % de los pacientes presentaba deterioro cognitivo, disminuyendo a un 31,6 % al alta hospitalaria y a un 24,9 % a los seis meses post-ictus (tabla 12). Por tanto, puede afirmarse que el mayor porcentaje de recuperación se consigue durante las primeras semanas. A los seis meses del ictus el 15,9 % de los pacientes presentaba deterioro cognitivo moderado o severo.

Tabla 12. Evolución del estado cognitivo (Test de Pfeiffer)

	Ingreso n (%)	Alta n (%)	6 meses n (%)
Normal (0-2)	86 (44,8)	117 (68,4)	127 (75,1)
Deterioro leve (3-4)	25 (16,4)	27 (15,8)	15 (8,9)
Deterioro moderado (5-7)	27 (17,8)	21 (12,3)	19 (11,2)
Deterioro severo (>7)	14 (9,2)	6 (3,5)	8 (4,7)

4.6.6. Disfagia

El mayor porcentaje de recuperación de la disfagia se produce en las primeras semanas de evolución postictus. Así, la dificultad en la deglución estuvo presente en el 51,5 % de los pacientes al ingreso en el Servicio, y en un 19,9 % y 18,8 % al alta hospitalaria y a los seis meses postictus respectivamente.

Como se refleja en la tabla 13, el 5,4 % de los pacientes ingresados portaban sonda nasogástrica para su hidratación y alimentación. En nueve de estos trece pacientes se consiguió ingesta sin sonda al alta.

Tabla 13. Evolución de la disfagia

	Ingreso n=241 n (%)	Alta n=241 n (%)	6 meses n=192 n (%)
Disfagia	124 (51,5)	48 (19,9)	36 (18,8)
Sonda nasogástrica	13 (5,4)	3 (1,2)	2 (1,0)

4.6.7. Afasia

Los problemas en la comunicación por un déficit de lenguaje estuvieron presentes en un 32,8 % de los pacientes al ingreso, en un 27 % al alta hospitalaria y al 22,9 % a los seis meses post-ictus ($p < 0,001$). La severidad de la afasia fue máxima, es decir, una ausencia de habla o comprensión auditiva, en el 36,7 % al ingreso y en un 18,8 % al alta hospitalaria.

Tabla 14. Evolución de la afasia: Test de Boston Modificado

	Ingreso n=79 n (%)	Alta n=65 n (%)	6 meses n=44 n (%)
Ausencia de habla o comprensión auditiva	29 (36,7)	12 (18,8)	8 (18,2)
La comunicación se efectúa a partir de expresiones incompletas; necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El peso de la conversación recae sobre el oyente	14 (17,7)	18 (28,1)	15 (34,1)
El paciente puede, con ayuda mantener una conversación sobre temas familiares. Hay fracaso frecuente al intentar expresar una idea, pero se comparte el peso de la conversación	12 (15,2)	6 (9,4)	4 (9,1)
El paciente puede referirse a casi todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda, o sin ella. Pero la reducción del habla y/o la comprensión hacen sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto tipo de temas	6 (7,6)	7 (10,9)	6 (13,6)
Hay alguna pérdida obvia de fluidez en el habla o de facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o su forma de expresión	15 (19,0)	13 (20,3)	9 (20,5)
Mínimos deterioros observables en el habla; el paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente	3 (3,8)	8 (12,5)	2 (4,5)

4.7. SITUACIÓN FUNCIONAL

4.7.1. Capacidad de ambulación funcional

Al ingreso el 98,8 % de los pacientes no eran capaces de caminar de forma autónoma por terreno llano. Al alta hospitalaria un 20,3 % y 17 % caminaban seguros por terreno llano o irregular y con supervisión de otra persona, respectivamente. A los seis meses post-ictus el 49,2 % de los pacientes se mostraron independientes para caminar por terreno llano o irregular y un 14,1 % necesitaba supervisión de alguna otra persona. La mejoría en la capacidad de ambulación funcional fue significativa ($p < 0,001$) en todos los casos (Tabla 15).

Tabla 15. Capacidad de ambulaci3n funcional

	Ingreso n=241 n (%)	Alta n=241 n (%)	6 meses n=192 n (%)
No funcional: no puede caminar o requiere ayuda de dos o m1s personas	176 (73,0)	48 (19,9)	28 (14,7)
Dependiente nivel 2: requiere firme y continuo apoyo de una persona en el soporte de peso y equilibrio	43 (17,8)	47 (19,5)	16 (8,4)
Dependiente nivel 1: requiere ayuda continua o intermitente de una persona en el equilibrio y la coordinaci3n	17 (7,1)	56 (23,2)	26 (13,6)
Dependiente supervisi3n: requiere supervisi3n verbal o la necesidad de 1nimo de una persona, pero sin contacto f1sico	2 (0,8)	41 (17,0)	27 (14,1)
Independiente en llano: puede caminar independientemente en llano, pero requiere ayuda en escaleras, bordillos y desniveles	2 (0,8)	42 (17,4)	34 (17,8)
Independiente: puede caminar independientemente por cualquier sitio	1 (0,4)	7 (2,9)	60 (31,4)

En la situaci3n previa al ictus, 40 pacientes (16,6 %) utilizaban muleta 3 bast3n y un paciente necesitaba una ortesis antiequina para facilitar la marcha. Al alta 1nicamente el 13,3 % no precisaba ning3n tipo de ayuda para la deambulaci3n. Un 73,3 % de los pacientes necesitaba silla de ruedas al alta hospitalaria, aunque un 52,9 % caminaba cortos desplazamientos con muleta o bast3n. A los seis meses post-ictus disminuy3 de forma importante el porcentaje de pacientes que necesitaban ayudas externas para la deambulaci3n (tabla 16).

El 65,1 % de los pacientes continuaron el tratamiento rehabilitador de forma ambulatoria, lo que contribuy3 a facilitar la reeducaci3n de la capacidad de marcha.

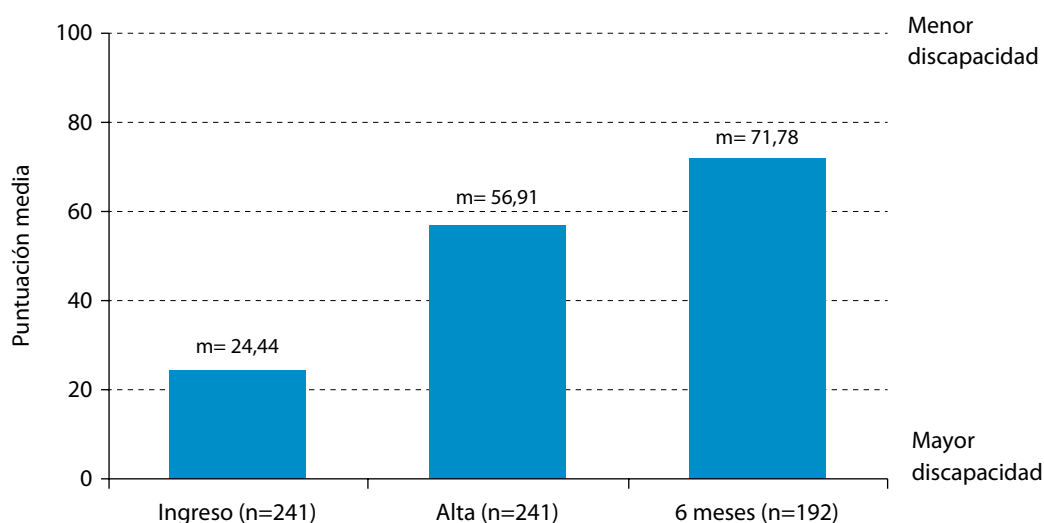
Tabla 16. Ayudas externas para los desplazamientos

	Alta n=241 n (%)	6 meses n=192 n (%)
Silla de ruedas	154 (73,3)	71 (37,0)
Muleta/bast3n	111 (52,9)	91 (47,4)
Andador	25 (11,9)	8 (4,2)
Ortesis antiequina	9 (4,3)	12 (6,3)
No necesidad de ayudas	13,3	28,6

4.7.2. Indice de Barthel

El valor medio del IB al ingreso fue $24,4 \pm 21,0$, objetiv1ndose una mejora significativa tanto al alta hospitalaria como a los seis meses de evoluci3n ($p < 0,001$) (Figura 7).

Figura 7. Evolución de la media del Índice de Barthel



El 92,9 % de los pacientes se encontraba en situación de dependencia total o severa al ingreso. Al alta hospitalaria el 36,4 % alcanzaba un grado de dependencia moderado, y leve o independencia el 5,8 % de los pacientes. A los seis meses de evolución el 20,3 % presentaba una dependencia leve, y un 13,5 % eran independientes para las AVD (tabla 17).

Tabla 17. Evolución del grado de discapacidad

	Ingreso n=241 n (%)	Alta n=241 n (%)	6 meses n=192 n (%)
Dependencia total (0-20)	109 (45,2)	34 (12,8)	15 (7,8)
Dependencia severa (20-60)	117 (47,7)	94 (34,3)	42 (21,9)
Dependencia moderada (60-90)	13 (5,8)	99 (36,4)	70 (36,5)
Dependencia leve (90-99)	2 (0,8)	9 (3,7)	39 (20,3)
Independencia (100)	-	5 (2,1)	26 (13,5)

Los pacientes mayores de 75 años mostraron peor estado funcional y menor recuperación que los más jóvenes (figura 8). Las mujeres presentaron también peor estado funcional respecto a los hombres y menor recuperación en todas las evaluaciones ($p < 0,001$), aunque la media de edad de las mujeres fue nueve años superior a la de los hombres, lo que puede explicar estas diferencias (figura 9).

Figura 8. Índice de Barthel según edad

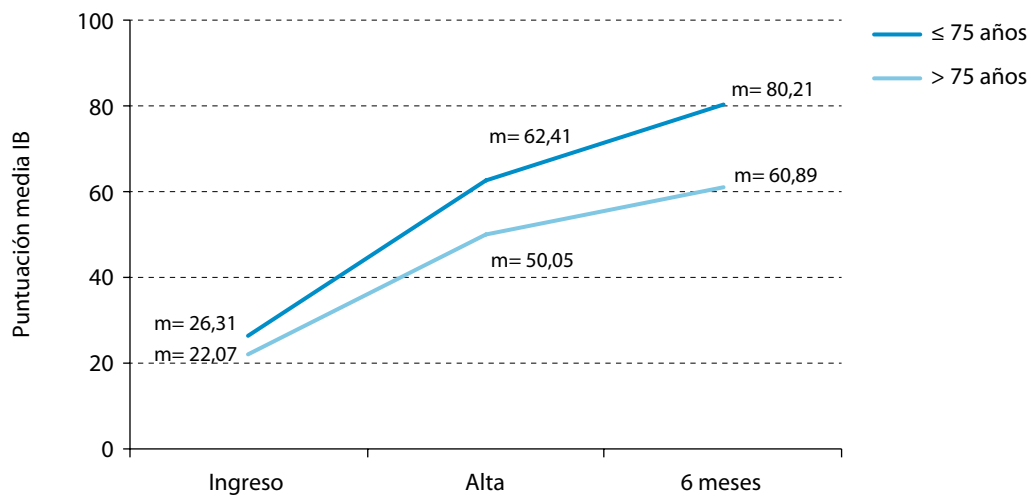
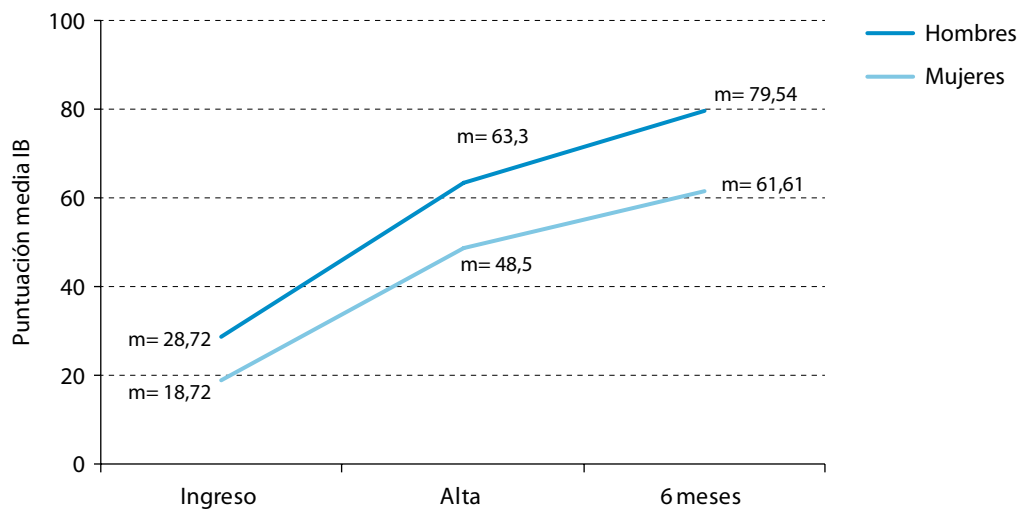
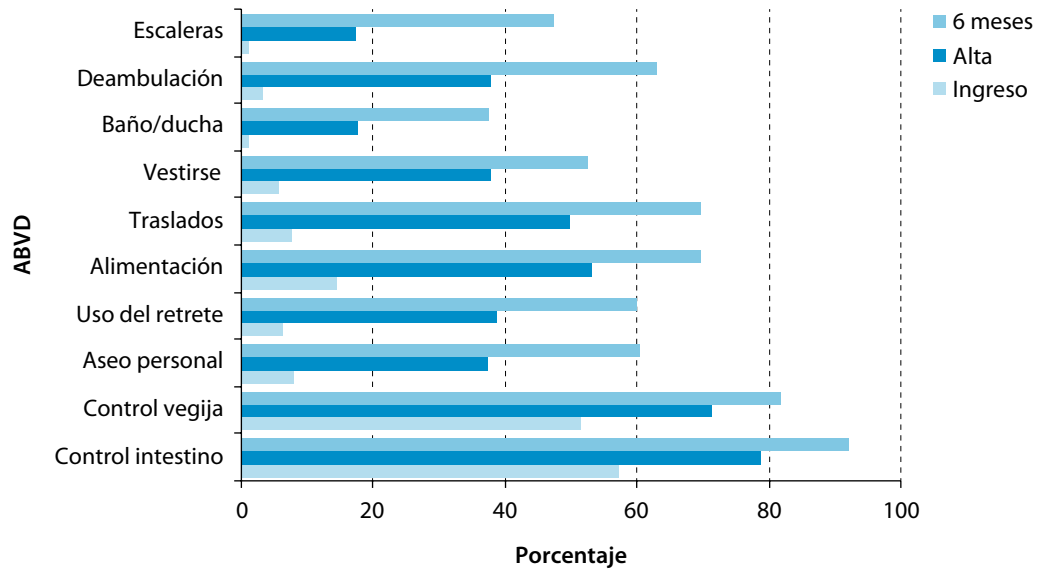


Figura 9. Índice de Barthel según género



Excepto en el control de esfínteres, prácticamente el total de los pacientes presentaba al ingreso algún tipo de discapacidad para el desarrollo de las AVD en el IB. Tanto al alta hospitalaria como a los seis meses post-ictus las actividades para las que los pacientes se mostraron más discapacitados fueron el baño ó ducha, vestirse, la deambulación y subir/bajar escaleras (figura 10).

Figura 10. Evolución de la independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) - Índice de Barthel

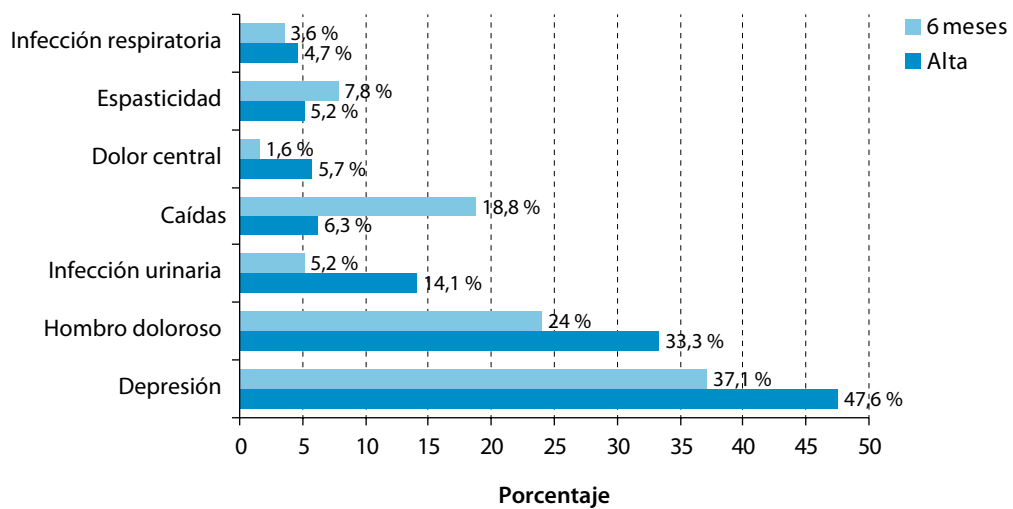


4.8. COMPLICACIONES MÉDICAS

Durante el ingreso hospitalario, las complicaciones médicas más frecuentes fueron la depresión (47,6 %), el hombro doloroso (33,3 %) y la infección urinaria (14,1 %). A los seis meses la depresión (37,1 %) y el hombro doloroso (24 %) continuaron siendo las complicaciones más frecuentes (figura 11).

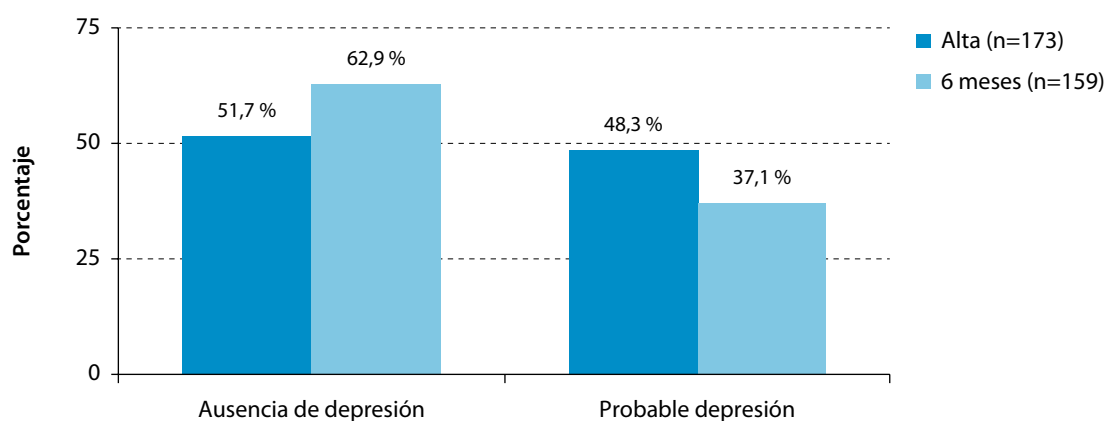
Otras complicaciones recogidas en el trabajo pero no en la figura por su escasa frecuencia fueron las úlceras por presión (1,6 % al alta hospitalaria y 2,1 % en la revisión del sexto mes), las convulsiones (2,1 % durante la hospitalización y 3,1 % al sexto mes) y las fracturas tras caídas (0,5 % durante la hospitalización y 1 % al sexto mes).

Figura 11. Principales complicaciones médicas



La puntuación media en la *escala de depresión de Yesavage* en el momento del alta hospitalaria fue de 4,72, que apenas varía a los seis meses 4,47. El 48,3 % de los pacientes presentaba probable depresión al alta hospitalaria, y un 37,1 % mantenían esta situación a los seis meses postictus. Un 40,7 % de los pacientes fueron dados de alta con tratamiento antidepresivo. Es de destacar que un 28,3 % de los pacientes no cumplimentaron el test de Yesagave por problemas de lenguaje o neurocognitivos.

Figura 12. Evolución de estado anímico (Escala Yesavage)



Los ítems que más puntuaron en la escala de Yesavage fueron los referidos al abandono de actividades e intereses, miedo a que pueda ocurrir algo malo, sensación de inutilidad y la creencia de que la mayoría de la gente está mejor.

Tabla 18. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

	Alta (n=173)		6 meses (n=159)	
	SI	NO	SI	NO
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	80,8	19,2	84,3	15,7
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	50,3	49,7	73	27
3. ¿Siente que su vida está vacía?	25,4	74,6	26,4	73,6
4. ¿Se aburre a menudo?	41	59	32,7	67,3
5. ¿Está usted animado casi todo el tiempo?	61,8	38,2	65,4	34,6
6. ¿Tiene miedo a que le vaya a pasar algo malo?	49,1	50,9	36,5	63,5
7. ¿Está usted contento durante el día?	78	22	80,5	19,5
8. ¿Se siente usted desamparado o abandonado?	12,1	87,9	6,3	93,7
9. ¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	26	74	33,3	66,7
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	22	78	19,5	80,5
11. ¿Cree que es estupendo estar vivo?	84,5	15,5	93,1	6,9
12. ¿Se siente inútil tal y como está ahora?	51,7	48,3	37,1	62,9
13. ¿Se siente lleno de energía?	41,1	58,9	52,2	47,8
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	11,7	88,3	11,3	88,7
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	36,1	63,9	45,9	54,1
Puntuación media ±DE	4,72 ±3,51		4,47 ±3,29	

Resultados expresados en porcentajes. DE: desviación estandar.

4.9. EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DEL PROCESO REHABILITADOR

4.9.1. Efectividad

La efectividad media obtenida durante la hospitalización en los servicios de Rehabilitación fue de $32,53 \pm 20,44$. En los análisis univariantes el IB al ingreso fue la variable que más se asoció con la efectividad conseguida al alta hospitalaria ($p < 0,001$). Otras variables que se asociaron con la ganancia funcional conseguida fueron la edad, la capacidad de ambulación y el déficit de fuerza en la extremidad inferior (tabla 19).

Tabla 19. Variables que influyen en la efectividad del proceso rehabilitador (n=241)

	n	Efectividad m (DE)	p
Edad			<i>0,003</i>
≤75	135	36,1 (20,3)	
>75	106	28,0 (19,9)	
Sexo			<i>0,048</i>
Mujer	103	29,8 (21,7)	
Hombre	138	34,6 (19,3)	
Escolarización			<i>0,015</i>
No estudios	49	29,4 (19,2)	
Estudios primarios	148	31,2 (21,0)	
Estudios secundarios	38	39,3 (18,3)	
Estudios superiores	6	48,8 (16,2)	
Situación laboral			<i>0,038</i>
Ama de casa	11	31,4 (23,4)	
En activo	33	41,6 (18,6)	
Incapacidad	10	35,7 (20,5)	
Paro	7	35,7 (16,2)	
Pensionista	180	30,6 (20,5)	
Ictus previo			<i>0,042</i>
Si	45	26,8 (20,8)	
No	196	33,9 (21,0)	
Cardiopatía Arritmia			<i>0,034</i>
Si	61	28,2 (20,8)	
No	180	34,0 (20,2)	
Miembro inferior			<i>0,004</i>
Vence gravedad	130	35,1 (20,1)	
No vence gravedad	74	32,4 (19,1)	
No hay movimiento	37	23,5 (22,2)	
Capacidad de ambulación			<i>0,003</i>
No funcional	176	32,8 (21,3)	
Dependiente nivel 2	43	37,7 (17,0)	
D. nivel 1 + Supervisión + Independiente	22	20,3 (14,1)	
Índice de Barthel			<i><0,0001</i>
Dependencia total	109	33,5 (23,9)	
Dependencia severa	117	34,2 (16,4)	
Dependencia moderada + leve	15	12,1 (6,0)	

DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística.

En el análisis multivariante observamos que se asociaron con una menor efectividad en el tratamiento la edad más avanzada, mejor estado funcional (IB) al ingreso, mayor déficit en el control de tronco (<37) y la ausencia de fuerza de la extremidad inferior al ingreso, obteniéndose un R^2 .

Tabla 20. Análisis multivariante de la efectividad del proceso rehabilitador (n=241)

	Efectividad	
	Parámetro β	p
Intercepto	66,36	<0,0001
Edad (años)	-0,59	<0,0001
Índice Barthel (ingreso)	-0,48	<0,0001
Control de tronco (ingreso)		
<37	Ref.	-
37-74	10,17	0,0011
>74	14,86	0,0005
Miembro inferior		
No hay movimiento	Ref.	-
No vence gravedad	9,31	0,0124
Vence gravedad	16,93	<0,0001
% R^2	27,54 %	

p: nivel de significación estadística; R^2 : coeficiente de determinación.

4.9.2. Eficiencia

Se obtuvo una eficiencia media de $1,25 \pm 1,24$. El grado de severidad neurológica inicial, el control de tronco, el déficit de fuerza en la extremidades paréticas, el déficit de sensibilidad profunda y la capacidad de ambulación fueron las variables que más se asociaron ($p < 0,001$) con la eficiencia obtenida (tabla 21).

Tabla 21. Variables que influyen en la eficiencia del proceso rehabilitador (n=241)

	n	Eficiencia m (DE)	p
Sexo			0,014
Mujer	103	1,2 (1,5)	
Hombre	138	1,3 (1,0)	
Localización ictus			0,007
TACS	86	1,0 (0,9)	
PACS	39	1,3 (1,3)	
POCS	22	1,5 (1,5)	
LACS	35	1,7 (1,3)	
NHIS (ingreso)			<0,0001
Discapacidad neurológica leve	122	1,6 (1,5)	
Discapacidad neurológica moderada	93	1,0 (0,9)	
Discapacidad neurológica severa	26	0,7 (0,7)	
Disfagia			0,045
Si	124	1,1 (1,1)	
No	117	1,4 (1,4)	
Heminegligencia			0,032
Si	73	1,0 (0,8)	
No	168	1,4 (1,4)	
Déficit sensibilidad profunda (n=203)			<0,0001
Si	73	1,0 (0,9)	
No	130	1,6 (1,4)	
Miembro superior			<0,0001
Vence gravedad	105	1,5 (1,2)	
No vence gravedad	64	1,4 (1,6)	
No hay movimiento	72	0,7 (0,6)	
Miembro inferior			<0,0001
Vence gravedad	130	1,6 (1,3)	
No vence gravedad	74	1,1 (1,6)	
No hay movimiento	37	0,7 (0,0)	
Control de tronco			<0,0001
< 37	64	0,7 (0,8)	
37-74	121	1,4 (1,4)	
> 74	54	1,5 (1,1)	
Capacidad de ambulación			<0,0001
No funcional	176	1,1 (1,2)	
Dependiente nivel 2	43	1,8 (1,3)	
D. nivel 1 + Supervisión + Independiente	22	1,6 (1,1)	
Indice Barthel			0,011
Dependencia total	109	1,0 (1,1)	
Dependencia severa	117	1,4 (1,3)	
Dependencia moderada + leve	15	1,3 (1,2)	

DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística.

En el análisis multivariante la edad más avanzada, mejor estado funcional (IB) al ingreso, mayor déficit en el control de tronco (<37) y la ausencia de fuerza de la extremidad inferior al ingreso, además de una capacidad de ambulación no funcional, también se asociaron con menor eficiencia en el tratamiento rehabilitador (tabla 22), obteniendo el modelo un R^2 del 24,5 %.

Tabla 22. Análisis multivariante de la eficiencia del proceso rehabilitador (n=241)

	Log Eficiencia	
	Exponencial del parámetro β	P
Intercepto	3,46	0,0107
Edad (años)	0,98	0,0012
Índice Barthel (ingreso)	0,99	0,0073
Capacidad de ambulación		
No funcional	–	–
Resto	1,88	0,0004
Control de tronco (ingreso)		
<37	–	–
≥37	1,73	0,0007
Miembro inferior		
No hay movimiento	–	–
No vence gravedad	1,95	0,0007
Vence gravedad	2,25	<0,0001
% R^2	24,5 %	

p: nivel de significación estadística; R^2 : coeficiente de determinación.

4.10. DESTINO AL ALTA

El 81,7 % de los pacientes regresaron a domicilio, propio o de algún familiar, tras el alta hospitalaria. En los análisis univariantes se observó que el destino al alta a domicilio fue más probable si el estado civil del paciente era casado ($p<0,001$) y cuanto menor fue el riesgo social ($p=0,001$) y la dependencia funcional al ingreso ($p=0,002$). Además, los pacientes que presentaban al ingreso disfagia, incontinencia urinaria o elevada comorbilidad ($p<0,05$) ingresaron en mayor porcentaje a residencia al alta hospitalaria (Tabla 23).

Tabla 23. Variables asociadas al destino al alta hospitalaria

	Domicilio n (%)	Residencia n (%)	p
Estado civil			<0,001
Casado/a	124 (94,7)	7 (5,3)	
Divorciado/a	4 (40,0)	6 (60,0)	
Soltero/a	19 (65,5)	10 (34,5)	
Viudo/a	50 (70,4)	21 (29,6)	
Riesgo social			0,001
Normal	145 (87,4)	21 (12,7)	
Intermedio + Elevado	51 (68,9)	23 (31,1)	
Índice de Charlson			0,038
Ausencia (0-1)	19 (86,4)	3 (13,6)	
Baja (2)	90 (88,2)	12 (11,8)	
Alta (>2)	88 (75,2)	29 (24,8)	
Disfagia (ingreso)			0,005
SI	93 (75,0)	31 (25,0)	
No	104 (88,9)	13 (11,1)	
Control de tronco (ingreso)			0,019
< 37	45 (70,3)	19 (29,7)	
37-74	102 (84,3)	19 (15,7)	
> 74	48 (88,9)	6 (11,1)	
Índice de Barthel (ingreso)			0,002
D. Total (0-20)	79 (72,5)	30 (27,5)	
D. Severa (20-60)	103 (88,0)	14 (12,0)	
D. moderada + leve (>60)	15 (100,0)	0 (0)	

En el análisis multivariante observamos que la presencia de alta comorbilidad, dependencia funcional total y un estado civil «no casado», se asociaron con mayor riesgo de institucionalización en residencia al alta hospitalaria, obteniendo el modelo un AUC de 0,82. Un paciente con dependencia total al ingreso tuvo 2,95 veces más riesgo de tener una residencia como destino al alta. Los pacientes con alta comorbilidad al ingreso tenían un riesgo 2,71 veces mayor de institucionalización al alta hospitalaria respecto a los de ausente o baja comorbilidad, y los pacientes no casados obtuvieron 9,17 veces más riesgo respecto a los pacientes casados (Tabla 24).

Tabla 24. Análisis multivariantes en el destino al alta residencia

	Destino al alta residencia	
	OR (95 % CI)	p
Estado civil		
Casado	Ref.	–
Soltero + Divorciado + Viudo	9,17 (3,79 – 22,22)	<0,0001
Comorbilidad		
Ausencia + Baja (0-2)	Ref.	–
Alta (>2)	2,71 (1,27 – 5,77)	0,0096
Índice de Barthel (ingreso)		
Dependencia total (0-20)	2,95 (1,38 – 6,28)	0,0051
Resto (>20)	Ref.	–
AUC	0,82	

OR: Odds Ratio; p:nivel de significación estadística; AUC: área bajo la curva ROC.

4.11. CALIDAD DE VIDA

4.11.1. Pacientes

Los efectos del tratamiento en el ictus deben medirse en términos de calidad de vida (CV). La medida genérica del SF36 nos sirve para evaluar y comparar la CV entre el paciente y los cuidadores, así como con la población general. Disponemos de los datos normalizados del SF 36 en la población vasca³², que se han tomado como referencia para realizar el análisis. La mayor parte de trabajos publicados en el área de CV e ictus se han realizado con medidas genéricas. Sin embargo, estas también tienen sus limitaciones, ya que no cubren áreas específicas de afectación en pacientes con ictus, como son el lenguaje o la visión, y son poco sensibles al cambio. Por ello, se recomienda utilizar también escalas específicas del ictus. Se ha empleado la escala ECVI, validada en castellano, y que recoge aspectos generados a partir de la opinión de enfermos con ictus, cuidadores y expertos.

De los datos extraídos de la escala ECVI, un 31,8 % de los pacientes refirieron que su recuperación del ictus a los seis meses de evolución había sido poca ó nula, un 27,1 % mucha o total recuperación y un 46,5 % bastante. El 30,8 % acusaba mucha o extrema dificultad en el estado físico, y destaca un 21 % que presentaba habitualmente bastante, mucho o extremo dolor.

La mitad de los pacientes informaron de mucha o extrema dificultad para participar en las actividades de la comunidad. Un 36,3 % se sentían útiles muy pocas veces o nunca. El 26,8 % refirieron tener una autoestima regular, y mal o muy mal un 8,2 % de los pacientes. En el 42 % se vio afectada la actividad sexual bastante, mucho o totalmente (tabla 25).

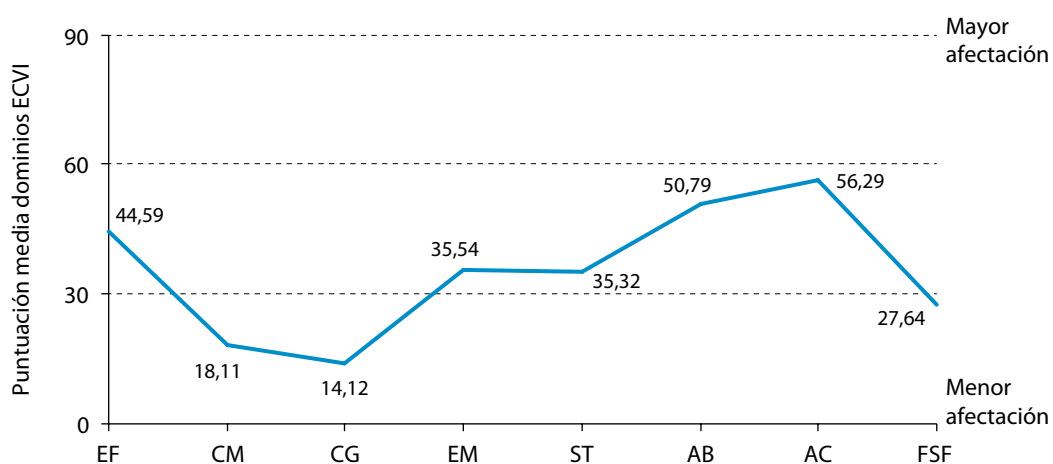
Las áreas más afectadas en la CV según los dominios de la escala ECVI fueron los referidos a las actividades comunes y básicas de la vida diaria y el estado físico; y las áreas menos afectadas las referentes a la comunicación y cognición (figura 13).

Tabla 25. Escala de Calidad de Vida para el Ictus (ECVI) (n=157) en %

A. Problemas físicos					
1. ¿Cuánta dificultad tiene usted para o con...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Mover las extremidades	15,3	18,5	27,4	28,0	10,8
b. Utilizar las manos	17,8	21	19,7	28,7	12,7
c. Caminar	21,0	20,4	19,7	25,5	13,4
d. Mantener el equilibrio	19,1	14,0	19,7	29,3	17,8
e. Dolor o molestias físicas	1,3	5,7	14,0	42,0	36,9
2. ¿Cuánta dificultad tiene usted para...?					
a. Hablar	1,9	2,5	6,4	19,7	69,4
b. Comunicarse con otras personas	0,5	2,6	4,2	12,0	62,5
c. Leer	3,8	7,0	12,7	25,5	51,0
d. Escribir	10,2	10,8	12,7	19,1	47,1
3. ¿Cuánta dificultad tiene usted en...?					
a. Su concentración	0	4,2	8,9	18,2	50,5
b. Su memoria	0	3,8	8,3	30,6	57,3
c. Su capacidad mental	0	1,3	9,6	28,7	60,5
B. Problemas emocionales					
4. ¿Cómo se siente habitualmente con relación a...?	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
a. Estado de ánimo	0	12,1	33,1	45,9	8,9
b. Vitalidad	0	13,4	36,3	43,9	6,4
c. Autoestima	0,6	7,6	26,8	56,1	8,9
d. Capacidad de mantener la calma	0	8,3	28,7	47,1	15,9
e. Control sobre sus emociones	0	8,3	35,0	46,5	10,2
5. ¿Con qué frecuencia siente usted...?					
	Nunca	Muy poco tiempo	Parte del tiempo	Mucho tiempo	Siempre
a. Ganas de vivir	0,6	5,1	14,6	32,5	47,1
b. Confianza en el futuro	1,3	16,6	28,0	32,5	21,7
c. Sensación de ser útil	8,3	28,0	33,1	25,5	5,1
d. Sensación de tranquilidad	0,6	7,6	38,2	41,4	12,1
e. Confianza en sí mismo	0	10,2	28,0	44,6	17,2
C. Actividades de la vida cotidiana					
6. ¿Cuánta dificultad tiene usted para ...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Su cuidado personal (vestirse, afeitarse, arreglarse)	22,9	17,8	13,4	27,4	18,5
b. Bañarse	29,3	17,2	16,6	16,6	20,4
c. Realizar sus actividades domésticas acostumbradas	35,7	21,7	11,5	15,3	15,9
d. Moverse libremente dentro de la casa	20,4	10,8	10,8	13,4	44,6

7. ¿Cuánta dificultad tiene usted para ...?	Extrema	Mucha	Bastante	Poca	Ninguna
a. Moverse a lugares distantes de la casa	25,5	7,0	10,2	15,3	42,0
b. Realizar sus actividades de entretenimiento o recreación	12,7	18,5	24,2	25,5	19,1
c. Participar en actividades fuera del marco familiar	43,3	22,3	11,5	8,3	14,6
d. Participar en actividades de la comunidad	47,8	22,3	10,8	10,8	8,3
8. ¿Cuánta dificultad tiene usted para ...					
a. Tener independencia económica	14,0	7,0	7,6	6,4	65,0
b. Aportar económicamente a la familia como antes	7,6	5,1	9,6	10,8	66,9
c. Cumplir sus funciones dentro del hogar	38,9	14,0	14,0	14,0	19,1
d. Elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos	3,8	5,7	9,6	28,7	52,2
e. Participar en las decisiones familiares	3,2	1,3	8,9	25,5	61,1
f. Cumplir su papel como esposo o esposa	5,1	13,4	17,2	8,9	55,4
D. Actividad laboral y sexual					
	Totalmente	Mucho	Bastante	Poco	Nada
1. ¿Se ha afectado su actividad sexual después de la enfermedad?	15,9	13,4	12,7	9,6	48,4
2. ¿Se ha afectado su actividad laboral después de la enfermedad?	18,5	3,2	1,9	0,6	75,8
E. Percepción de recuperación					
	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
¿En qué grado se ha recuperado de su enfermedad?	3,8	8,0	46,5	20,4	1,3

Figura 13. Dominios de la Escala de Calidad de Vida para el Ictus (ECVI)



EF: estado físico; CM: comunicación; CG: cognición; EM: estado emocional; ST: sentimientos; AB: actividades básicas de la vida diaria; AC: actividades comunes de la vida diaria; FSF: funcionamiento sociofamiliar.

En la valoración de la percepción de salud con el cuestionario SF 36, la función física y el rol físico fueron las dimensiones peor valoradas por los pacientes con ictus, seguido de la función social y la salud general. En las comparaciones por género, las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente peores en todas las subescalas del SF36 excepto en el dolor corporal y la función social. Estas diferencias significativas también se encontraron en la comparación de los componentes sumarios mental y físico que ofrece la escala, obteniendo igualmente las mujeres puntuaciones más bajas (tabla 26).

Tabla 26. Percepción de salud en los pacientes (SF 36). Diferencias según el género

Subescalas del SF 36	Total (n=157)	Hombres (n=92)	Mujeres (n=65)	p
Función física	37,96 ± 34,78	49,35 ± 34,07	21,85 ± 29,12	<0,001
Rol físico	26,87 ± 29,67	33,56 ± 30,87	17,40 ± 24,34	<0,001
Dolor corporal	73,85 ± 27,59	74,80 ± 26,02	72,40 ± 29,82	NS
Salud general	49,89 ± 17,38	52,91 ± 18,10	45,6 ± 15,45	0,009
Vitalidad	52,79 ± 19,51	56,25 ± 18,67	47,89 ± 19,77	0,008
Función social	44,51 ± 32,84	44,29 ± 35,54	44,81 ± 30,53	NS
Rol emocional	77,18 ± 24,91	84,69 ± 20,90	65,54 ± 26,37	<0,001
Salud mental	62,74 ± 17,44	66,20 ± 16,99	57,85 ± 17,00	0,003
PCS	36,97 ± 10,52	39,20 ± 10,58	33,82 ± 9,67	0,001
MCS	47,42 ± 9,14	48,66 ± 8,53	45,65 ± 9,73	0,042

p: nivel de significación estadística; PCS: componente físico; MCS: componente mental; NS: no significativo.

En el ítem de evolución declarada de la salud, no incluido en las ocho dimensiones del SF36, que valora los cambios percibidos en la salud en el último año, la mayoría de los pacientes consideraban que su salud era algo o mucho peor que hacía un año, no encontrándose diferencias significativas en la comparación según el género (tabla 27).

Tabla 27. Percepción subjetiva de la evolución de la salud de los pacientes

Cambios percibidos en la salud en el último año	Total (n=157) n (%)	Hombres (n=92) n (%)	Mujeres (n=65) n (%)
Mucho mejor	0	0	0
Algo mejor	16 (3,8)	4 (4,3)	2 (3,1)
Más o menos igual	10 (6,4)	7 (7,6)	3 (4,6)
Algo peor	91 (58,0)	53 (57,6)	38 (58,5)
Mucho peor	50 (31,8)	28 (30,4)	22 (33,8)

Como se refleja en la siguiente tabla los pacientes más mayores presentan peores puntuaciones en las dimensiones referidas a la función física, el rol físico y la salud general; así como en el componente sumario físico (PCS); mientras que los pacientes más jóvenes presentan mayor afectación en el rol emocional y la salud mental, así como en el componente sumario mental (MCS).

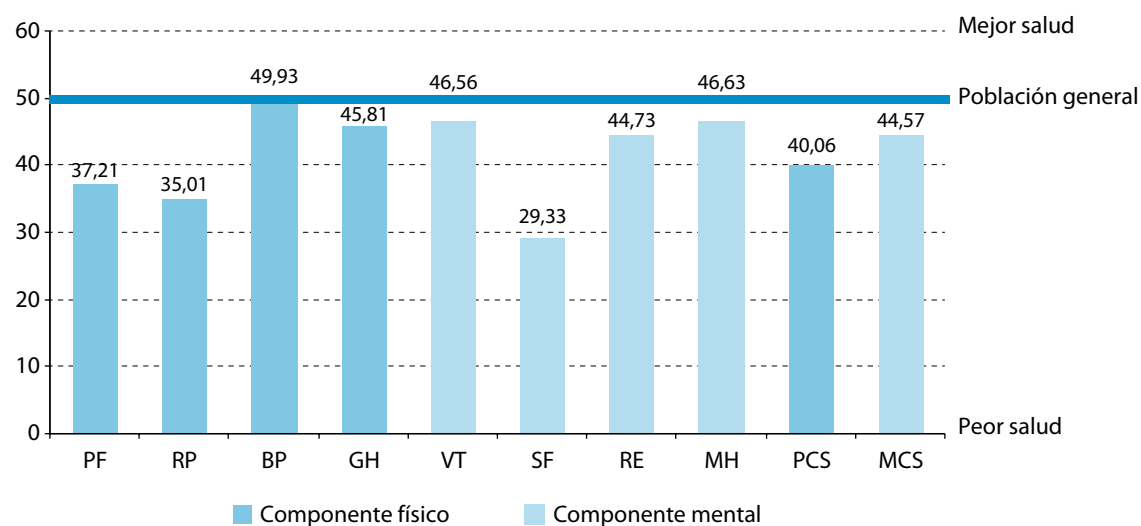
Tabla 28. Percepción de salud (SF 36) en los pacientes por intervalos de edad (n=157)

Subescalas del SF 36	35-44 (n=2)	45-54 (n=13)	55-64 (n=32)	65-74 (n=37)	≥75 (n=73)
Función física	45	45	43,28	50,95	27,6
Rol físico	21,88	15,38	29,1	34,97	23,97
Dolor corporal	75,5	63,85	75,91	76,76	73,21
Salud general	67	50,38	54,91	50,03	47,05
Vitalidad	68,75	43,75	58,98	53,21	51,03
Función social	0	55,77	41,8	49,66	42,29
Rol emocional	75	70,51	82,81	84,46	72,26
Salud mental	57,5	56,15	66,41	66,76	60,41
PCS	36,58	36,58	38,19	39,43	35,16
MCS	45,02	45,02	49,09	48,75	46,58

PCS: componente sumario físico; MCS: componente sumario mental.

Para la comparación con la población general se normalizaron las puntuaciones del SF36 por edad y sexo y se utilizaron los datos de la población general de la Comunidad Autónoma Vasca³². Los pacientes obtuvieron puntuaciones inferiores a la población general en todas las subescalas del SF36 y en los dos componentes físico y mental, viéndose especialmente afectadas las dimensiones referidas a la función social, la función física y el rol físico (figura 14).

Figura 14. Comparación de la percepción de salud de los pacientes (SF36) con la población general



PF: función física; RP: rol físico; BP: dolor corporal; GH: salud general; VT: vitalidad, SF: función social; RE: rol emocional; MH: salud mental; PCS: componente físico; MCS: componente mental

La calidad de vida de los pacientes con ictus se ve más afectada cuanto peor es la situación funcional y el déficit neurológico, ante la presencia de probable depresión y cuando el género es mujer (tabla 29).

Tabla 29. Variables que influyen en la calidad de vida del paciente con ictus (n=157)

	n	ECVI total (m±DE)	p
Edad			0,032
>75 años	90	32,92 ± 16,44	
<75 años	67	38,50 ± 15,35	
Sexo			<0,001
Mujer	65	40,75 ± 14,43	
Hombre	92	31,45 ± 16,31	
Disfagia 6 meses post-ictus			0,033
Si	25	41,61 ± 15,06	
No	132	34,11 ± 16,15	
IB 6 meses post-ictus			<0,001
Dependencia total (0-20)	8	54,72 ± 8,66	
Dependencia severa + severa (20-60)	32	49,53 ± 8,67	
Dependencia moderada (60-90)	57	40,00 ± 12,97	
Dependencia leve (90-99)	25	25,30 ± 9,14	
Independencia (100)	25	16,23 ± 10,77	
NHSS 6 meses post-ictus			<0,001
Déficit neurológico leve (0-8)	132	32,58 ± 15,60	
Déficit neurológico moderado + severo (≥9)	25	49,60 ± 10,75	
Estado cognitivo (Pfeiffer)*			0,001
Estado cognitivo normal (0-2)	122	33,29 ± 15,47	
Deterioro cognitivo leve (3-4)	15	34,97 ± 17,77	
Deterioro cognitivo moderado + severo (≥5)	20	47,83 ± 14,15	
Depresión (Yesavage)*			<0,001
Ausencia de depresión (<5)	96	29,45 ± 15,55	
Probable depresión (≥5)	56	44,95 ± 11,43	

ECVI: escala de calidad de vida para el ictus; m: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística; *no fue posible la valoración en aquellos pacientes con déficit en la comunicación.

4.11.2. Cuidadores

La salud mental, la vitalidad y la función social fueron las dimensiones peor valoradas por los cuidadores de los pacientes con ictus en la valoración de la percepción de salud. Las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente peores en todas las subescalas del SF 36, así como en los componentes físico y mental respecto a los hombres, aunque tales diferencias únicamente resultaron significativas en las dimensiones de dolor corporal, vitalidad, rol emocional y salud mental (tabla 30).

Tabla 30. Percepción de salud (SF 36) en los cuidadores. Diferencias según el género

Subescalas del SF 36	Total (n=119)	Hombres (n=31)	Mujeres (n=88)	p
Función física	90,80 ± 17,11	90,97 ± 20,99	90,74 ± 15,66	NS
Rol físico	71,74 ± 27,41	81,65 ± 16,53	68,25 ± 29,62	NS
Dolor corporal	67,36 ± 28,49	76,81 ± 25,20	64,03 ± 28,97	0,033
Salud general	62,11 ± 18,89	63,71 ± 20,36	61,55 ± 18,43	NS
Vitalidad	56,78 ± 21,64	66,13 ± 20,27	53,48 ± 21,25	0,005
Función social	60,40 ± 30,42	61,69 ± 30,09	59,94 ± 30,69	NS
Rol emocional	77,80 ± 25,22	88,98 ± 16,16	73,86 ± 26,69	0,041
Salud mental	56,43 ± 21,56	65,65 ± 18,38	53,18 ± 21,75	0,005
PCS	52,52 ± 07,12	53,36 ± 7,10	52,22 ± 7,14	NS
MCS	41,61 ± 11,30	46,33 ± 10,00	39,95 ± 11,39	NS

p: nivel de significación estadística; PCS: componente físico; MCS: componente mental; NS: no significativo.

En el ítem evolución declarada de la salud, la mayoría de los cuidadores consideraban que su salud era más o menos igual que hacía un año, y un 38,7 % consideraban que era algo ó mucho peor. Las mujeres cuidadoras percibían mayor afectación de la salud, respecto a los hombres (tabla 31).

Tabla 31. Percepción subjetiva de la evolución de la salud de los cuidadores

Cambios percibidos en la salud en el último año	Total (n=119) n (%)	Hombres (n=31) n (%)	Mujeres (n=88) n (%)
Mucho mejor	1 (0,8)	0	1 (1,1)
Algo mejor	4 (3,4)	0	4 (4,5)
Más o menos igual	68 (57,1)	23 (74,2)	45 (51,1)
Algo peor	40 (33,6)	7 (22,6)	33 (37,5)
Mucho peor	6 (5,1)	1 (3,2)	5 (5,7)

Los cuidadores más mayores (>75 años) presentaban peores puntuaciones en el componente físico; mientras que los cuidadores más jóvenes (<65 años) presentaban mayor afectación en el componente mental.

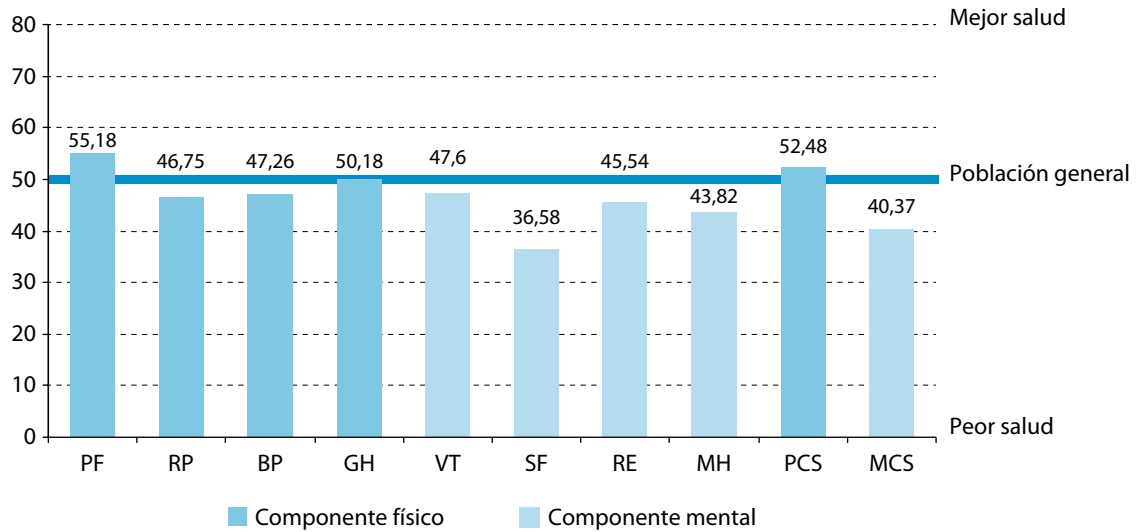
Tabla 32. Percepción de salud (SF 36) en los cuidadores por intervalos de edad (n=119)

Subescalas del SF 36	35-44 (n=14)	45-54 (n=27)	55-64 (n=39)	65-74 (n=23)	≥75 (n=16)
Función física	96,07	89,81	91,28	95,65	79,69
Rol físico	82,59	66,9	67,95	77,17	71,88
Dolor corporal	56,43	62,04	71,23	72,48	69,13
Salud general	64,57	62,44	62,21	64,83	55,25
Vitalidad	49,55	57,41	59,94	57,61	53,13
Función social	75	61,76	65,22	71,88	61,11
Rol emocional	77,27	86,76	77,88	85	95
Salud mental	54,29	54,07	55	61,09	59,06
PCS	53,7	51,49	53,31	54,08	49,02
MCS	40,57	41,14	40,47	43,03	44,05

PCS: componente físico; MCS: componente mental.

En la comparación de las puntuaciones normalizadas del SF36 por edad y sexo con la población general, los cuidadores tenían mayor afectación en la función social, seguida de la salud mental. El componente mental fue el más afectado respecto a la población general (figura 15).

Figura 15. Comparación de la percepción de salud (SF 36) de los cuidadores (n=119) con la población general



PF: función física; RP: rol físico; BP: dolor corporal; GH: salud general; VT: vitalidad; SF: función social; RE: rol emocional; MH: salud mental; PCS: componente físico; MCS: componente mental

El componente físico del cuidador presenta mayor afectación cuanto peor es el estado funcional del paciente y cuando éste presentaba disfagia. El componente mental del cuidador se encuentra afectado igualmente por estas variables, objetivando una mayor afectación cuando el paciente a cuidar es hombre y cuanto mayor es su edad (tablas 33 y 34).

Tabla 33. Variables del paciente que influyen en el componente físico (SF 36) de la calidad de vida del cuidador (n=119)

	n	PCS (m±DE)	P
Edad			NS
>75 años	78	53,19 ± 7,12	
<65 años	41	51,22 ± 7,02	
Sexo			
Mujer	45	51,95 ± 7,35	
Hombre	74	52,86 ± 7,01	
Afasia 6 meses post-ictus			NS
Si	34	51,26 ± 7,28	
No	85	53,02 ± 7,04	
Disfagia 6 meses post-ictus			0,032
Si	26	49,87 ± 8,54	
No	93	53,25 ± 6,64	
IB 6 meses post-ictus			0,015
Dependencia total + severa (0-60)	33	50,24 ± 7,77	
Dependencia moderada (60-90)	51	52,19 ± 6,84	
Dependencia leve + independencia (90-100)	35	55,13 ± 6,17	
NHIS 6 meses post-ictus			NS
Déficit neurológico leve (0-8)	91	52,94 ± 6,85	
Déficit neurológico moderado + severo (≥9)	28	51,72 ± 7,89	
Estado cognitivo (Pfeiffer)			NS
Estado cognitivo normal (0-2)	74	52,92 ± 7,49	
Deterioro cognitivo leve (3-4)	9	53,95 ± 5,46	
Deterioro cognitivo moderado + severo (≥5)	17	52,58 ± 4,29	
Depresión (Yesavage)*			NS
Ausencia de depresión (<5)	60	52,69 ± 6,96	
Probable depresión (≥5)	33	53,32 ± 7,27	

PCS: componente mental; m: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística;

*no fue posible la valoración en aquellos pacientes con déficit en la comunicación.

Tabla 34. **Variables del paciente que influyen en el componente mental (SF 36) de la calidad de vida del cuidador (n=119)**

	n	MCS (m±DE)	p
Edad			0,020
>75 años	78	39,86 ± 12,20	
<65 años	41	44,94 ± 8,78	
Sexo			<0,001
Mujer	45	46,65 ± 9,77	
Hombre	74	38,55 ± 11,2	
Afasia 6 meses post-ictus			NS
Si	34	39,57 ± 10,76	
No	85	42,42 ± 11,55	
Disfagia 6 meses post-ictus			0,007
Si	26	36,35 ± 11,98	
No	93	43,08 ± 10,80	
IB 6 meses post-ictus			0,043
Dependencia total + severa (0-60)	33	40,54 ± 10,63	
Dependencia moderada (60-90)	51	39,57 ± 12,64	
Dependencia leve + independencia (90-100)	35	45,59 ± 9,09	
NHSS 6 meses post-ictus			NS
Déficit neurológico leve (0-8)	91	42,32 ± 11,26	
Déficit neurológico moderado + severo (≥9)	28	39,30 ± 11,58	
Estado cognitivo (Pfeiffer)*			NS
Estado cognitivo normal (0-2)	74	42,58 ± 11,67	
Deterioro cognitivo leve (3-4)	9	44,42 ± 12,05	
Deterioro cognitivo moderado + severo (≥5)	17	39,74 ± 8,50	
Depresión (Yesavage)*			NS
Ausencia de depresión (<5)	60	41,97 ± 12,40	
Probable depresión (≥5)	33	42,56 ± 8,31	

MCS: componente mental; m: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística; *no fue posible la valoración en aquellos pacientes con déficit en la comunicación.

4.11.3. Comparación entre pacientes y cuidadores

Todas las puntuaciones obtenidas de las dimensiones del SF 36, de los componentes sumarios físico y mental, reflejaron peores puntuaciones en los pacientes respecto a los cuidadores ($p < 0,001$). Las diferencias más significativas se encontraron en la función y rol físico, en la salud general y en la función social.

Tabla 35. Comparación en la percepción de salud (SF 36) de pacientes y cuidadores

Subescalas del SF 36	Pacientes (n=157)	Cuidadores (n=119)	p
Función física	37,96 ± 34,78	90,80 ± 17,11	<0,001
Rol físico	26,87 ± 29,67	71,74 ± 27,41	<0,001
Dolor corporal	73,85 ± 27,59	67,36 ± 28,49	0,048
Salud general	49,89 ± 17,38	62,11 ± 18,89	<0,001
Vitalidad	52,79 ± 19,51	56,78 ± 21,64	NS
Función social	44,51 ± 32,84	60,40 ± 30,42	<0,001
Rol emocional	77,18 ± 24,91	77,80 ± 25,22	NS
Salud mental	62,74 ± 17,44	56,43 ± 21,56	0,018
PCS	36,97 ± 10,52	52,52 ± 07,12	<0,001
MCS	47,42 ± 9,14	41,61 ± 11,30	<0,001

p: nivel de significación estadística; PCS: componente físico; MCS: componente mental; NS: no significativo.

En la comparación por géneros, las pacientes mujeres obtuvieron peores puntuaciones respecto a las cuidadoras mujeres en todas las dimensiones y componentes del SF 36; sin embargo, tales diferencias no resultaron estadísticamente significativas en dolor corporal, vitalidad, rol emocional y salud mental (tabla 36). Respecto a los hombres, no se encontraron diferencias significativas en las comparaciones de puntuaciones entre pacientes y cuidadores en dolor corporal, rol emocional, salud mental y el componente sumario mental (tabla 37).

Tabla 36. Comparación en la percepción de salud (SF 36) de pacientes y cuidadores mujeres

Subescalas del SF 36	Pacientes Mujeres (n=65)	Cuidadores Mujeres (n=88)	p
Función física	21,85 ± 29,12	90,74 ± 15,66	<0,001
Rol físico	17,40 ± 24,34	68,25 ± 29,62	<0,001
Dolor corporal	72,40 ± 29,82	64,03 ± 28,97	NS
Salud general	45,6 ± 15,45	61,55 ± 18,43	<0,001
Vitalidad	47,89 ± 19,77	53,48 ± 21,25	NS
Función social	44,81 ± 30,53	59,94 ± 30,69	0,004
Rol emocional	65,54 ± 26,37	73,86 ± 26,69	NS
Salud mental	57,85 ± 17,00	53,18 ± 21,75	NS
PCS	33,82 ± 9,67	52,22 ± 7,14	<0,001
MCS	45,65 ± 9,73	39,95 ± 11,39	0,004

p: nivel de significación estadística; PCS: componente físico; MCS: componente mental; NS: no significativo.

Tabla 37. Comparación en la percepción de salud (SF 36) de pacientes y cuidadores hombres

Subescalas del SF 36	Pacientes Hombres (n=92)	Cuidadores Hombres (n=31)	p
Función física	49,35 ± 34,07	90,97 ± 20,99	<0,001
Rol físico	33,56 ± 30,87	81,65 ± 16,53	<0,001
Dolor corporal	74,80 ± 26,02	76,81 ± 25,20	NS
Salud general	52,91 ± 18,10	63,71 ± 20,36	0,009
Vitalidad	56,25 ± 18,67	66,13 ± 20,27	0,018
Función social	44,29 ± 35,54	61,69 ± 30,09	0,012
Rol emocional	84,69 ± 20,90	88,98 ± 16,16	NS
Salud mental	66,20 ± 16,99	65,65 ± 18,38	NS
PCS	39,20 ± 10,58	53,36 ± 7,10	<0,001
MCS	48,66 ± 8,53	46,33 ± 10,00	NS

PCS: componente sumario físico; MCS: componente sumario mental; p: nivel de significación estadística.

4.12. SOBRECARGA Y DEPRESIÓN DE LOS CUIDADORES

4.12.1. Sobrecarga

La puntuación media en la escala Zarit fue de 48,26 (rango de 22 a 79), Respecto a la percepción subjetiva del cuidador un 35,3 % de los cuidadores percibía mucha o moderada sobrecarga, poca un 35,3 % y un 29,4 % de los cuidadores no percibían sobrecarga (tabla 38).

Tabla 38. Grado de sobrecarga de los cuidadores (n=119)

	n	%
Categorización de la sobrecarga de Zarit		
Ausencia de sobrecarga (<46)	58	48,7
Sobrecarga leve (46-56)	26	21,8
Sobrecarga intensa (>56)	35	29,4
Item sobre percepción subjetiva de la sobrecarga		
Sin sobrecarga	35	29,4
Poca sobrecarga	42	35,3
Sobrecarga moderada	34	28,6
Mucha sobrecarga	8	6,7

Las mujeres resultaron significativamente más sobrecargadas que los hombres (p=0,003). También se observó mayor sobrecarga en los cuidadoras/es menores de 65 años, aunque tal diferencia no resultó estadísticamente significativa (tabla 39).

Tabla 39. Grado de sobrecarga de los cuidadores según el género y la edad

	Mujeres (n=88) n (%)	Hombres (n=31) n (%)	p
Categorización de la sobrecarga de Zarit			0,003
Ausencia de sobrecarga (<46)	35 (39,8)	23 (74,2)	
Sobrecarga leve (46-56)	24 (27,3)	2 (6,5)	
Sobrecarga intensa (>56)	29 (33,0)	6 (19,4)	
	<65 (n=86) n (%)	>65 (n=33) n (%)	p
Categorización de la sobrecarga de Zarit			NS
Ausencia de sobrecarga (<46)	38 (44,2)	20 (60,6)	
Sobrecarga leve (46-56)	19 (22,1)	7 (21,2)	
Sobrecarga intensa (>56)	29 (33,7)	6 (18,2)	

p: nivel de significación estadística; NS: diferencia no significativa.

Los cuidadores muestran mayor sobrecarga cuanto mayor es la sensación de dependencia respecto a ellos de su familiar, mayor es el miedo respecto al futuro de su familiar, su familiar les considera la única persona que le puede cuidar, y cuando les falta tiempo propio debido al cuidado que prestan (tabla 40).

Tabla 40. Escala de Zarit sobre la carga del cuidador (n = 119)

	N	RV	AV	BV	CS
1. ¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	31,8	18,5	24,4	9,2	10,1
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	16,8	12,6	30,3	22,7	17,6
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades: trabajo, familia, etc. ?	32,8	14,3	20,2	24,4	8,4
4. ¿Se siente avergonzado/a por la conducta de su familiar?	89,1	6,7	3,4	0,8	0,0
5. ¿Se siente enfadado/a cuando está cerca de su familiar?	55,5	21,8	20,2	2,5	0,0
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	73,1	8,4	11,8	5,9	0,8
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	16,8	14,3	23,5	18,5	26,9
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?	9,2	9,2	18,5	22,7	40,3
9. ¿Se siente tenso, agotado cuando está cerca de su familiar?	41,2	18,5	22,7	11,8	5,9
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	54,6	14,3	16,0	9,2	5,9
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	45,4	15,1	21,0	11,8	6,7
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	35,3	11,8	21,8	19,3	11,8
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	63,0	19,3	10,9	5,9	0,8
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	26,1	18,5	20,2	12,6	22,7
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	31,9	21,8	18,5	16,0	11,8
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	67,2	13,4	13,4	4,2	1,7
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	54,6	13,4	19,3	6,7	5,9
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	71,4	10,1	16,0	2,5	0
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	73,1	11,8	12,6	2,5	0
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	61,3	18,5	15,1	5,0	0
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	65,5	11,8	17,6	5,0	0
22. En general: ¿qué grado de «carga» experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	29,4	35,3	28,6	6,7	0

Resultados expresados en porcentajes. N: nunca; RV: rara vez; AV: algunas veces; BV: bastantes veces; CS: casi siempre.

Las variables que influyeron significativamente en la sobrecarga del cuidador fueron la disfagia ($p=0,002$), el índice de Barthel ($p=0,005$) y la CV del paciente ($p=0,028$). Los cuidadores se sentían más sobrecargados cuanto peor era el estado funcional y CV del paciente, si éste además presentaba problemas en la deglución (tabla 41).

Tabla 41. Variables del paciente que influyen en la sobrecarga del cuidador (n=119)

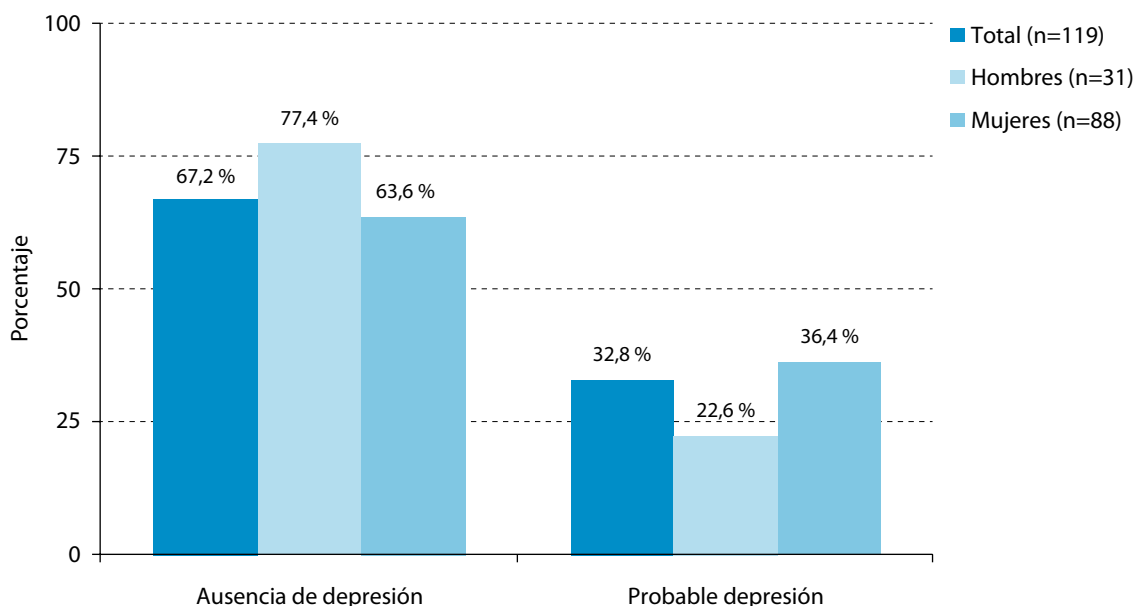
	n	Zarit m±DE	p
Edad			NS
>65 años	78	47,96 ± 14,69	
<65 años	41	48,33 ± 13,30	
Sexo			NS
Mujer	45	46,09 ± 14,00	
Hombre	74	49,58 ± 14,21	
Afasia 6 meses post-ictus*			NS
Si	34	51,18 ± 13,71	
No	85	47,09 ± 14,27	
Disfagia 6 meses post-ictus			0,002
Si	26	56,04 ± 14,26	
No	93	46,09 ± 13,44	
IB 6 meses post-ictus			0,005
Dependencia total + severa (0-60)	33	52,88 ± 13,26	
Dependencia moderada (60-90)	51	49,45 ± 13,58	
Dependencia leve + independencia (90-100)	35	42,17 ± 14,14	
NHIS 6 meses post-ictus			NS
Déficit neurológico leve (0-8)	91	46,96 ± 13,84	
Déficit neurológico moderado + severo (≥9)	28	52,50 ± 14,68	
Estado cognitivo (Pfeiffer)*			NS
Estado cognitivo normal (0-2)	74	45,96 ± 14,20	
Deterioro cognitivo leve (3-4)	9	50,00 ± 17,68	
Deterioro cognitivo moderado + severo (≥5)	17	52,00 ± 11,05	
Depresión (Yesavage)*			NS
Ausencia de depresión (<5)	60	45,48 ± 14,23	
Probable depresión (≥5)	33	50,45 ± 13,92	
Calidad de vida (ECVI)*			0,028
Sin afectación de la CV (0-24)	21	42,76 ± 15,92	
Afectación leve de la CV (25-49)	50	46,46 ± 13,86	
Afectación moderada de la CV (50-74)	28	53,87 ± 12,51	
Afectación grave de la CV (>74)	0		

m: media; DE: desviación estándar; CV: calidad de vida; p: nivel de significación estadística; NS: no significativa
 *no se pudieron evaluar todos los casos por déficit en la comunicación.

4.12.2. Depresión del cuidador

La puntuación media de los cuidadores en las escala de Yesagave a los seis meses de evolución del ictus fue de 3,47 ± 3,35. El 32,8 % de los cuidadores presentó probable depresión. El estado anímico fue peor en las cuidadoras mujeres, aunque tal diferencia no resultó estadísticamente significativa (figura 16).

Figura 16. Estado anímico de los cuidadores a los seis meses post-ictus



Los ítems de la escala Yesavage en la que los cuidadores muestran mayor repercusión son el abandono de actividades e intereses, la dificultad para encontrarse animados, la sensación de falta de energía y la creencia de que la mayoría de la gente está mejor (tabla 42).

Tabla 42. Escala de depresión geriátrica de Yesavage. Cuidadores (n=119)

	SI	NO
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	78,2	21,8
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	48,7	51,3
3. ¿Siente que su vida está vacía?	17,6	82,4
4. ¿Se aburre a menudo?	16	84
5. ¿Está usted animado casi todo el tiempo?	55,5	44,5
6. ¿Tiene miedo a que le vaya a pasar algo malo?	37	63
7. ¿Está usted contento durante el día?	78,2	21,8
8. ¿Se siente usted desamparado o abandonado?	14,3	85,7
9. ¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	25,4	75,6
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	17,6	82,4
11. ¿Cree que es estupendo estar vivo?	90,8	9,2
12. ¿Se siente inútil tal y como está ahora?	8,4	91,6
13. ¿Se siente lleno de energía?	73,1	26,9
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	10,1	89,9
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	28,6	71,4
Puntuación media ± DE	3,47 ± 3,35	

Resultados expresados en porcentajes.

Respecto a las variables que influyen en la depresión del cuidador se ha encontrado una clara relación con el tiempo de dedicación al cuidado y con la sobrecarga emocional, de forma que a mayor dedicación y mayor sobrecarga, mayor probabilidad de desarrollar depresión. No se encontró influencia con significación estadística en otras variables como la edad de paciente y cuidador o el estado funcional, el déficit neurológico y la calidad de vida del paciente (Tabla 43).

Tabla 43. Variables influyentes en la depresión del cuidador (n=119)

	Probable depresión	Ausencia de depresión	p
Tiempo de dedicación n (%)			
La mayor parte del día (> 6 horas)	34 (45,9 %)	40 (54,1 %)	
Parte del día (entre 3 y 6 horas)	3 (16,7 %)	15 (83,3 %)	0,001
Unas horas al día (≤ 3 horas)	0 (00,0 %)	7 (100 %)	
Convivencia (ayuda en AIVD)	2 (10,0 %)	18 (90,0 %)	
Sobrecarga emocional Zarit media ± DE	39,31 ± 11,19	19,9 ± 10,72	< 0,0001

Sólo se han incluido las variables significativas. p: nivel de significación estadística; DE: desviación estándar.

4.13. SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y CUIDADORES

4.13.1. Satisfacción de los pacientes

De los 147 pacientes que cumplimentaron el cuestionario más del 87 % se mostraban satisfechos o muy satisfechos con la información y el trato recibidos durante el ingreso. Respecto al tratamiento y recuperación el 96,6 % referían estar satisfechos o muy satisfechos con el tipo de tratamiento, siendo menor la satisfacción con la cantidad de recuperación que tuvieron tras el ictus (80,3 % de satisfacción).

En cuanto a los Servicios tras el alta hospitalaria, más del 93 % de los pacientes referían estar satisfechos o muy satisfechos sobre la información recibida sobre prestaciones o servicios domiciliarios, y sobre la cantidad de contacto con el hospital desde que se fueron de alta (tabla 44).

Tabla 44. Escala POUND de satisfacción del paciente (n=147)

HOSPSAT (Información y trato durante el ingreso)	MS	S	I	MI
1. He sido tratado con amabilidad y respeto por el personal del hospital	49,0	44,2	4,8	2,0
2. El personal ha tenido en cuenta mis necesidades personales cuando estaba en el hospital	46,9	40,8	9,5	2,7
3. Sentía que podía hablar con el personal acerca de cualquier problema que tuviera	48,3	44,9	6,1	0,7
4. Me dieron toda la información que quería sobre las causas y la naturaleza de mi enfermedad	44,9	49,7	4,1	1,4
5. Los médicos hicieron todo lo que pudieron para que mejorase	67,6	30,3	1,4	0,7
TRAT-REC (Tratamiento y recuperación)	MS	S	I	MI
1. Estoy satisfecho con el tipo de tratamiento que he recibido (fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional)	55,8	40,8	3,4	0
2. He recibido suficiente tratamiento (fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional)	47,6	41,5	10,9	0
3. Estoy contento con la cantidad de recuperación que he tenido después de la enfermedad)	34,0	46,3	18,4	1,4
HOMESAT (Servicios tras el alta)	MS	S	I	MI
1. Me dieron toda la información que quería sobre las prestaciones o servicios domiciliarios que necesitaba al alta hospitalaria	44,1	51,0	4,8	0
2. Las cosas estaban bien preparadas para mi retorno a casa	43,5	49,7	6,1	0,7
3. Tuve todo el soporte de servicios, como comidas a domicilio, ayudas domiciliarias, enfermería domiciliaria, etc.	25,9	63,3	9,5	1,4
4. Estoy satisfecho con la cantidad de contacto que he tenido con el hospital desde que me fui de alta	38,1	55,1	6,8	0

MS: muy satisfecho; S: satisfecho; I: insatisfecho; MI: muy insatisfecho.

La satisfacción del paciente con el servicio se relacionó con la calidad de vida adquirida, su estado funcional y su estado anímico. Los pacientes con mejor estado funcional mostraban mayor satisfacción con la información y trato durante el ingreso y con el tratamiento recibido y la recuperación.

Los pacientes menos deprimidos tenían mayor satisfacción en tratamiento y recuperación y soporte al alta hospitalaria; y los pacientes con mejor calidad de vida (menor puntuación en la escala ECVI) mostraron mayor satisfacción en todos los aspectos evaluados por la escala Pound.

Tabla 45. Correlación con variables cuantitativas de la satisfacción de pacientes

	HOSPSAT	p	TRATREC	p	HOMESAT	p
Edad	-0,001	0,988	0,111	0,180	0,154	0,063
Recuperación funcional	-0,014	0,864	0,094	0,259	-0,021	0,800
IB 6 meses	0,178	0,031*	0,207	0,012*	0,107	0,199
Riesgo social	-0,096	0,251	-0,001	0,987	-0,025	0,765
Depresión	-0,132	0,117	-0,203	0,015*	-0,233	0,005**
Calidad de vida (ECVI)	-0,188	0,023*	-0,311	<0,0001***	-0,243	0,003**

Los datos corresponden a los coeficientes de correlación Rho de Spearman (IC del 95 %).p: nivel de significación estadística. HOSPSAT: sumatorio de satisfacción con la información y el trato recibido durante el ingreso hospitalario; TRATREC: sumatorio de satisfacción con el tipo de tratamiento y la recuperación alcanzada; HOMESAT: sumatorio de satisfacción con el soporte y la información proporcionada tras el alta hospitalaria.

4.13.2. Satisfacción de los cuidadores

De los 119 cuidadores que cumplimentaron el cuestionario, el 89,9 % se mostraban satisfechos o muy satisfechos con la cantidad de información recibida sobre el ictus, el 83,2 % con la formación sobre los cuidados del paciente, y un 90,2 % con el soporte tras el alta (tabla 46).

Tabla 46. Escala de satisfacción del cuidador (n=119)

1. ¿Está satisfecho con la cantidad de información recibida sobre el ictus y el tratamiento rehabilitador (objetivos, dónde se hará, cuánto durará, etc.)?	
Muy satisfecho:	48,7 %
Satisfecho:	41,2 %
Insatisfecho:	9,2 %
Muy insatisfecho:	0,8 %
2. ¿Considera que en el hospital le enseñaron lo suficiente acerca del tratamiento del paciente para AVD, movilidad, etc., antes de volver a casa?	
Muy satisfecho:	43,7 %
Satisfecho:	39,5 %
Insatisfecho:	16,8 %
Muy insatisfecho:	0
3. ¿Está satisfecho con la posibilidad de hacer cualquier consulta que necesite al equipo rehabilitador después del alta?	
Muy satisfecho:	49,6 %
Satisfecho:	40,3 %
Insatisfecho:	08,4 %
Muy insatisfecho:	01,7 %

No se encontraron variables que mostraran influencia significativa en los ítems de la satisfacción de los cuidadores (edad y sexo del cuidador, edad y sexo del paciente, IB, recuperación funcional, depresión y sobrecarga del cuidador, ni con la CV del paciente).

4.14. DATOS RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN. ALGUNAS COMPARACIONES ENTRE CENTROS

El valor medio de la recuperación funcional fue de 32,53 puntos, obteniendo una eficiencia de 1,25. El 81,7 % de los pacientes regresaron a su domicilio al alta hospitalaria, y el 61,8 % continuó el tratamiento rehabilitador de forma ambulatoria.

Tabla 47. Datos relacionados con la hospitalización

Demora del ingreso (días) $m \pm DE$	14,02	$\pm 9,15$
Estancia hospitalaria (días) $m \pm DE$	37,14	$\pm 22,84$
Efectividad $m \pm DE$	32,53	$\pm 20,44$
Eficiencia $m \pm DE$	1,25	$\pm 1,24$
Continúa en Tratamiento ambulatorio n (%)	155	65,1
Destino al alta Domicilio n (%)	197	81,7

m: media; DE: desviación estándar.

A continuación se muestran algunos datos correspondientes a los dos Centros participantes en el estudio (tabla 48). Se comparó el grado de satisfacción de pacientes y cuidadores no encontrando diferencias significativas entre ambos Servicios de Rehabilitación.

Tabla 48. Algunas comparaciones entre Centros

	H. GORLIZ (n=160)	H. DONOSTIA (n=81)
Edad m±DE	71,64 ± 12,36	71,12 ± 10,64
Comorbilidad m±DE	2,63 ± 1,06	3,05 ± 1,20
Riesgo social m±DE	9,39 ± 2,57	9,16 ± 3,49
NIHSS ingreso m±DE	9,89 ± 5,46	7,89 ± 6,19
Índice de Barthel ingreso m±DE	19,12 ± 18,34	34,96 ± 21,98
Demora del ingreso m±DE	13,81 ± 8,97	14,44 ± 9,54
Estancia Hospitalaria m±DE	37,16 ± 19,51	37,11 ± 26,22
Efectividad m±DE	36,14 ± 20,72	25,38 ± 17,96
Eficiencia m±DE	1,35 ± 1,2	1,07 ± 1,22
Destino al alta n (%)		
Domicilio	132 (82,5 %)	65 (80,2 %)
Residencia	28 (17,5 %)	16 (19,8 %)

m: media; DE: desviación estándar.

5. DISCUSIÓN

Actualmente no está suficientemente definida la efectividad ni eficiencia de las Unidades de Rehabilitación del paciente con daño cerebral, como tampoco se han definido los factores asociados a una mejor recuperación funcional o a una nueva institucionalización al alta hospitalaria, siendo el presente estudio el primero realizado en Euskadi con estos objetivos. La efectividad, grado de recuperación funcional obtenida, de nuestros Servicios es de 32,5 puntos de media en el Índice de Barthel, y la eficiencia global, cociente entre efectividad y tiempo de estancia hospitalaria es de 1,25. Por cada aumento en una unidad en la edad la efectividad disminuye 0,59 unidades y la eficiencia es 0,98 veces menor.

Se han obtenido unos modelos predictivos para la efectividad y eficiencia con un coeficiente de determinación del 27,5 % y 24,5 %, respectivamente. Shah³⁷ en un trabajo de similares características, obtiene un coeficiente del 30 % y 17 % en el modelo para la efectividad y eficiencia, respectivamente, y concluye que las variables que influyen en la predicción de los resultados en Rehabilitación son muy diversas. En nuestro estudio las variables influyentes fueron el IB, la edad, el control de tronco, la capacidad de ambulación y la severidad del déficit de la extremidad inferior.

El IB es una de las escalas que más se emplean a nivel nacional e internacional para medir la efectividad y eficiencia en los servicios de Rehabilitación. En el presente estudio se ha utilizado la versión del IB modificada²⁰, ya que incrementa la sensibilidad a los cambios funcionales, respetando la puntuación entre 0 y 100 del IB original. Durante la hospitalización en el Servicio se ha objetivado una mejora significativa en la totalidad de los déficits neurológicos y en la situación funcional, objetivando una recuperación funcional media semanal de 6,3. Para algunos autores, la ganancia funcional mínima que aconseja seguir con el tratamiento rehabilitador se sitúa alrededor de cinco puntos semanales^{38,39}.

El perfil sociodemográfico y las características del ictus de los 241 pacientes incluidos se asemejan a los referidos en la literatura, tanto de nuestro medio como de otros países⁴⁰⁻⁴³. Destaca la asociación de al menos dos factores de riesgo en 63,9 % de pacientes, lo que enfatiza la relevancia de medidas de prevención secundaria.

El perfil del paciente que atendemos presenta alta comorbilidad. Para Golsdein y cols.⁴⁴ el incremento en un punto en el Índice de Charlson aumenta un 15 % el riesgo de escasa recuperación funcional. Pero otros autores, al igual que en el presente trabajo, no objetivan esta asociación con la eficiencia y efectividad obtenida^{45,46}. Una razón puede ser que en los pacientes que presentan mayor comorbilidad, los objetivos funcionales no sean tan ambiciosos y son dados de alta antes que los pacientes con mejor situación premórbida.

Una de las variables que se asocian con menor efectividad atendiendo a nuestros resultados es la edad. Sin embargo, aunque las personas de edad avanzada presentan más frecuentemente comorbilidad, situaciones sociodemográficas adversas y mayor riesgo de baja respuesta al tratamiento rehabilitador⁴⁷⁻⁴⁹, la edad no es un condicionante para recibir tratamiento, ya que este colectivo de pacientes también obtiene beneficios funcionales del tratamiento^{50,51}.

El equilibrio en sedestación está descrito como un predictor de discapacidad final en pacientes con hemiparesia^{52,53}. En el presente estudio se objetiva que los pacientes con un TCT ≥ 37 al ingreso presentan mayor efectividad y eficiencia que aquellos con mayor déficit en el control del tronco, lo cual es un importante dato a destacar, ya que en la mayoría de trabajos sobre factores pronósticos de recuperación no se le incluye como variable independiente. La capacidad de ambulación del paciente al ingreso es una variable presente en el modelo multivariante de eficiencia, lo que se ajusta a nuestra realidad asistencial. Criterios habituales para el alta hospitalaria es que el paciente sea capaz de realizar las transferencias, inicie marcha y cuente con apoyo social familiar adecuado, continuando si es preciso el tratamiento de forma ambulatoria. De ahí que los pacientes con mayor capacidad de ambulación tengan menores estancias hospitalarias. En el Oxford Shire Community Stroke Project la capacidad de ambulación está también incluida en su modelo predictivo de recuperación funcional a los seis meses⁵⁴.

La severidad de la pérdida de fuerza en la extremidad inferior, muy relacionada como es obvio con la capacidad de marcha, está presente tanto en nuestro modelo predictivo de eficiencia como de efectividad. El paciente que ingresa con fuerza en extremidad inferior como para vencer gravedad tiene 17 unidades más de efectividad media, y el doble de eficiencia con respecto al que no tiene esta capacidad. Al revisar la literatura no encontramos trabajos que hayan valorado este ítem con la subescala del NIHSS, sino más bien el Índice Motor de Demeurisse que muestra el déficit de fuerza tanto en extremidad superior como inferior y que es uno de los factores pronósticos referidos en la bibliografía⁵⁵.

Son numerosos los trabajos que muestran el IB como el principal factor pronóstico de recuperación funcional^{42,56,57}. En la literatura médica está descrito que los pacientes en los que se obtiene mayor efectividad en el tratamiento rehabilitador son los pacientes de banda media, es decir, aquellos con un IB entre 30 y 60^{58,59}. Jorgensen⁶⁰ en un trabajo sobre el beneficio del tratamiento rehabilitador en Unidades de ictus concluye que el tratamiento beneficia a todos los pacientes con discapacidad, independientemente del sexo, edad, comorbilidad y severidad neurológica, y que los pacientes con mayor severidad son los que más se benefician. Los resultados del presente estudio muestran que la situación funcional al ingreso es una de las variables que se asocia con la efectividad y eficiencia al alta hospitalaria, y que los pacientes de banda media, con grado de dependencia severa logran precisamente mayor efectividad y eficiencia.

Los hospitales de Gorliz y Donostia son referentes en Osakidetza, red sanitaria pública vasca, para el tratamiento rehabilitador de los pacientes con daño cerebral en la fase subaguda, y por tanto, los idóneos para analizar la efectividad y eficiencia del tratamiento rehabilitador del paciente con ictus que requiere hospitalización. Esta es una consideración a tener en cuenta al interpretar los datos. Los pacientes que ingresan en estos dos hospitales no representan a la globalidad de los afectados por un ictus, sino a los de mayor afectación neurológica inicial y discapacidad inicial, pacientes de banda media y baja.

Hay fuerte evidencia (nivel 1a) de que las unidades especializadas en la atención al paciente con ictus reducen la mortalidad, la dependencia, el tiempo de hospitalización y la necesidad de institucionalización al alta⁶¹. Aproximadamente el 80 % de los pacientes que ingresan en Unidades de rehabilitación tras un ictus regresan a domicilio⁶², y porcentajes superiores se consideran resultados satisfactorios⁶³. Para Granger y cols.⁶⁴ un valor de 60 en el IB es el punto de inflexión por encima del cual existe una alta probabilidad de continuar viviendo en la comunidad. Teniendo en cuenta que el 81,5 % de los pacientes del presente estudio han regresado a domicilio y que la media de su IB al alta es de $56,9 \pm 26,4$, esto indica que los resultados son favorables ya que el porcentaje de pacientes que han regresado a domicilio ha sido mayor de lo previsible.

No hemos encontrado trabajos sobre modelos predictivos de destino al alta en pacientes con ictus hospitalizados para tratamiento rehabilitador. En nuestro modelo se objetivó una AUC de 0,82. Miralles y cols.⁶⁵ proponen un instrumento para orientar el destino a domicilio de los pacientes ingresados en Unidades de convalecencia en base a la valoración del IB al ingreso, del riesgo social y una evaluación cognitiva. Sabartes y cols.⁶⁶ en un trabajo sobre factores predictivos en pacientes hospitalizados concluyen que la probabilidad de retorno al domicilio está relacionada con la capacidad funcional (IB), la función cognitiva y la situación social. Para Baztán y cols.⁶⁷ la presencia de edad avanzada, mayor precariedad social e incapacidad severa se asocian con mayor riesgo de institucionalización. Sin embargo, para otros autores, coincidiendo con nuestros resultados, la edad no tiene tanta influencia en la predicción de destino al alta como la situación funcional y social, o como el vivir acompañado de otro familiar^{63,68}.

La eficiencia de los programas depende de la correcta coordinación con los servicios comunitarios socio-sanitarios y sociales que facilitan el alta hospitalaria. El plan de derivación del enfermo al alta es fundamental en la organización racional de la asistencia al paciente con ictus. Aspectos sociales como estar casado, vivir acompañado o el riesgo social son las variables de mayor influencia para el destino a

domicilio. Dado que la estancia hospitalaria se alarga por motivos exclusivamente sociales⁶⁹, en nuestros hospitales las trabajadoras sociales intervienen en las primeras 72 horas de hospitalización, orientan sobre los recursos sociales disponibles para facilitar el retorno a domicilio, y si esto no es posible ponen en marcha los trámites para la derivación del paciente a centros sociosanitarios o residencia.

La discapacidad está identificada como un resultado en salud de especial relevancia, y condiciona directamente la percepción de CV del paciente y está asociada entre otros, a un incremento de la probabilidad de institucionalización y a mayor carga del cuidador principal.

Respecto a la CV del paciente con ictus, podemos afirmar que este es el primer trabajo realizado con la escala específica para pacientes con ictus ECVI-38. Esta escala nos ha permitido conocer la repercusión del ictus en facetas tan importantes como su autoestima, las dificultades físicas, laborales y en la esfera sexual, entre otras. Sin embargo, no podemos establecer comparaciones con pacientes de otros entornos al no disponer de otros estudios al respecto.

Son datos de gran valor los obtenidos con la escala SF 36, de la que sí hay estudios, sobre todo a nivel internacional. Los trabajos de ámbito nacional sobre CV e ictus se han realizado en su mayoría de forma retrospectiva y con menor número de pacientes y cuidadores^{70,71}.

La CV de los pacientes del presente estudio es peor que la de la población general en todas las dimensiones del SF 36, y más aún cuando se trata de mujeres, dato que también se observa en la población general del País Vasco³². Las dimensiones menos afectadas en los pacientes son el Dolor Corporal y el Rol Emocional y las de mayor afectación son la Vitalidad, el Rol físico y la Función Física. La CV de los pacientes se ve más afectada cuanto peor es su situación funcional, el déficit neurológico y ante la presencia de probable depresión, datos que coinciden con otros estudios⁷².

Las diferencias más significativas entre pacientes y cuidadores se encuentran en las dimensiones Función Física, Dolor Corporal, Rol Físico y Función Social ($p < 0,001$). El Componente Físico está más afectado en los pacientes, sin embargo, los cuidadores presentan mayor repercusión en el Componente Mental del SF 36. En consonancia a lo referido en otros estudios^{73,74}, el componente emocional o mental de la CV del cuidador se ve más deteriorado que el componente físico.

Las dimensiones más afectadas en el presente estudio respecto a la población general son la Función Social, la Salud Mental y el Rol Emocional. Existen numerosos trabajos que describen la Función Social como una de las dimensiones que más se ven afectadas en la CV del cuidador⁷⁵ así como del impacto del cuidado en el bienestar y la salud emocional del cuidador^{76,77}.

Existe una importante relación entre la CV del cuidador, su nivel de sobrecarga y estado anímico. Los cuidadores con un nivel de sobrecarga alto (el 29,5 %) presentan peor CV y un peor estado anímico respecto a los que expresan menos sobrecarga. Al igual que otros autores, se observa que la CV y el estado anímico empeoran a medida que aumenta la sobrecarga^{74,78,79}. El estado funcional y la dificultad en la deglución del paciente a cuidar, son variables con importante impacto tanto en la CV como en la sobrecarga del cuidador. Por otro lado, cuanto mayor es el tiempo dedicado al cuidado del paciente, mayor es la sobrecarga y la probabilidad de desarrollar una depresión en el cuidador. Otros trabajos también destacan la importancia del tiempo dedicado al cuidado en el impacto de la CV y/o sobrecarga del cuidador^{73,74}.

Respecto al grado de satisfacción del paciente con ictus y de su familiar, aspecto considerado como indicador de calidad de la atención médica recibida, este dato apenas se recoge en la bibliografía nacional e internacional. De hecho, en castellano solo hemos encontrado un trabajo realizado en pacientes con ictus y sus cuidadores, concretamente en el servicio de Rehabilitación del Hospital del Mar y de L'Esperanza, en Barcelona⁵. Coincidimos en que el mayor porcentaje de insatisfacción lo tenemos en lo referente al tratamiento recibido y grado de recuperación, con un 20 % de insatisfacción del pacien-

te con la cantidad de recuperación que ha tenido tras la enfermedad. Hay que destacar que los pacientes de nuestro estudio poseen menor IB, es decir, son pacientes con mayor discapacidad, y sin embargo, con un grado de satisfacción mayor. Se ha objetivado que los pacientes con mejor estado funcional, menos deprimidos y mayor calidad de vida mostraban mayor grado de satisfacción.

Una limitación del presente estudio es que un 13,4 % de los pacientes ingresados quedan excluidos al no reunir criterios de ingreso como es la estabilidad médica o la capacidad del paciente para seguir un programa de rehabilitación en una Unidad de Rehabilitación. Este hecho debe servir para replantear los Modelos de atención al accidente cerebrovascular y los criterios de admisión a las personas responsables del mismo, los programas de rehabilitación e infraestructuras disponibles.

Quizás una crítica que puede realizar a este estudio es el número elevado de objetivos planteados, siendo difícil realizar una discusión a fondo de los numerosos aspectos y variables recogidas en un único trabajo. Sin embargo, nuestra intención es ir desglosando a futuro cada uno de estos aspectos, partiendo de la información recogida.

Se trata del primer estudio realizado en Euskadi que pretende responder a estas preguntas principales: ¿Cuál es nuestra efectividad, nuestra eficiencia? ¿Qué variables influyen en ella y en el destino al alta del paciente con ictus? ¿Cuál es la CV del paciente y de su cuidador principal comparándola con la población de nuestra comunidad autónoma?

No es posible comparar nuestros resultados con los pacientes atendidos en una Unidad de hospitalización de Neurología, ya que los pacientes que ingresan en nuestros Servicios son los de mayor afectación neurológica y con mayor dificultad por tanto para volver a su entorno habitual. Una vez en nuestros Servicios, el criterio para realizar tratamiento rehabilitador ambulatorio es cuando el paciente es capaz de realizar las trasferencias de la cama a la silla de ruedas de una forma segura y cuenta con un apoyo domiciliario, habitualmente prestado por un familiar, y si aún hay expectativas de mejora funcional. Por tanto, solo podemos compararnos con Servicios de características similares, que realicen una actividad rehabilitadora (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia,..) dentro de una valoración integral multidisciplinar, que ha mostrado ser más efectiva para mejorar la funcionalidad de estos pacientes con DC. Destacamos la carencia en la provincia de Araba de un Centro de estas características, que sin duda aportaría un gran valor a la atención de los pacientes con DC. Sí sería de gran interés analizar la importancia del inicio precoz de la rehabilitación en la efectividad y eficiencia de nuestros Servicios. Las Guías de Práctica Clínica⁸⁰ así lo recomiendan, y de hecho, sí percibimos que así se va realizando en la mayoría de hospitales de referencia, aunque la situación es muy mejorable.

La identificación de variables que permitan predecir el potencial rehabilitador es importante para estratificar grupos de pacientes con pronósticos homogéneos, diseñar programas racionales de rehabilitación en el que se indiquen las intervenciones específicas a realizar, la intensidad del tratamiento y la duración que se prevé en orden a alcanzar el nivel de función definido como posible. La alta prevalencia de discapacidad tras un ictus y su enorme coste económico, hace de la identificación de pacientes con diferentes pronósticos, una de las prioridades del sistema de salud, y son la base para favorecer la eficiencia en el reparto de recursos y las estrategias para maximizar la calidad de vida de los pacientes con ictus.

A medida que se ha ido elaborando el trabajo se nos han planteado otras futuras líneas de investigación, como puede ser conocer la repercusión económica del ictus durante la hospitalización (en este sentido el índice SF-6D⁸¹ podría ser de utilidad al permitir cuantificar el coste por punto IB alcanzado), y el coste del ictus en relación a su CV y la de su cuidador principal, incluyendo en este estudio el coste de los cuidados informales –realizado por familiares principalmente– que suele obviarse en el análisis de patologías discapacitantes, y que según algunos autores puede representar hasta el 77 % del total⁸².

6. CONCLUSIONES

OBJETIVOS PRINCIPALES

Objetivo principal 1: analizar la efectividad y la eficiencia del tratamiento rehabilitador del paciente tras un ictus, así como las diversas variables (factores sociales, comorbilidad, dependencia funcional) que se asocian a unos mejores resultados

- La efectividad, grado de recuperación funcional obtenida, de nuestros Servicios es de 32,5 puntos de media en el Índice de Barthel. La severidad de la discapacidad al ingreso es la variable que más se asocia con la efectividad conseguida. La efectividad es menor cuanto mayor sea la edad del paciente, mayor la falta de actividad muscular en la extremidad inferior y peor sea el equilibrio en sedestación.
- La eficiencia global de nuestros Servicios, cociente entre efectividad y tiempo de estancia hospitalaria es de 1,25. Por cada aumento en una unidad en la edad la efectividad disminuye 0,59 unidades y la eficiencia es 0,98 veces menor.
- El mantener la capacidad de vencer la fuerza de la gravedad con la extremidad inferior tras el ictus incrementa 17 veces la efectividad del tratamiento y supone el doble de eficiencia respecto al que ha perdido esta capacidad.
- El 92,9 % de los pacientes presentan una situación de dependencia total o severa para realizar las actividades básicas de la vida diaria al ingreso que mejora significativamente al alta hospitalaria, de forma que un 36,4 % alcanza un grado de dependencia moderado o leve e independencia el 5,8 %.

Objetivo principal 2: predecir el destino del paciente al alta en base a la valoración de diversas variables sociodemográficas, clínicas y funcionales recogidas durante el ingreso

- El 81,7 % de los pacientes regresan al domicilio tras el alta hospitalaria. El destino a domicilio es más probable si el estado civil del paciente es casado y cuanto menor es el riesgo social y el grado de dependencia funcional al ingreso. Los pacientes con elevada comorbilidad, incontinencia urinaria y disfagia al ingreso ingresan en mayor porcentaje a residencia.
- Un paciente con dependencia funcional total al ingreso tiene tres veces más riesgo de institucionalización al alta hospitalaria. En aquellos con alta comorbilidad el riesgo es 2,7 veces mayor. Los pacientes sin pareja estable tienen nueve veces más riesgo de institucionalización al alta respecto a los pacientes casados.

Objetivo principal 3: evaluar la calidad de vida de los pacientes con un ictus y la de sus cuidadores, y compararla con la población general de la Comunidad Autónoma Vasca

- Las personas con dependencia tras un ictus perciben un deterioro en su calidad de vida. Las áreas más afectadas han sido las referentes a las actividades comunes y básicas de la vida diaria y al estado físico. Un 30,8 % refiere mucha o extrema dificultad en el estado físico y un 21 % tener dolor habitualmente. El 42 % perciben bastante o totalmente afectada su actividad sexual tras el ictus.
- La calidad de vida del paciente se encuentra más afectada cuanto peor es su situación funcional, el déficit neurológico, la presencia de depresión y cuando el género es mujer. Los pacientes perciben más deterioro en su calidad de vida que sus cuidadores, tanto en el componente físico como en el mental.
- Las mujeres que han sufrido un ictus perciben peor calidad de vida respecto a los hombres, tanto en los aspectos mentales como físicos. Los pacientes de más edad refieren mayor repercusión del ictus en los aspectos físico y de salud general, mientras que los pacientes más jóvenes mayor afectación en el rol emocional y salud mental.

- Los cuidadores muestran peor calidad de vida respecto a la población general del País Vasco. El componente físico se ve más afectado cuanto peor es el estado funcional del paciente al que cuidan y si el paciente tiene problemas en la deglución. El componente mental de la calidad de vida se ve más afectado cuanto mayor es la edad del paciente al que cuidan y cuando el paciente a cuidar es mujer.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Objetivo secundario 1: conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes atendidos en nuestros servicios de Rehabilitación y el de sus cuidadores

- Los pacientes supervivientes a un ictus que acceden a un programa de Rehabilitación en régimen de hospitalización en Osakidetza presentan una media de 71 años, siendo la edad de las mujeres significativamente mayor a la de los hombres. La media de factores de riesgo cardiovascular asociados es de 2,1, y más de la mitad de los pacientes presentan elevada comorbilidad,
- El perfil del cuidador principal es el de una mujer, de mediana edad, esposa o hija del paciente, con una dedicación de la mayor parte del día, y que no recibe un apoyo formal.

Objetivo secundario 2: describir la situación inicial, la aparición de complicaciones, la evolución de los déficits neurológicos y de la recuperación funcional durante los seis meses siguientes al ictus

- Los pacientes que ingresan para tratamiento rehabilitador presentan en su mayoría un deficitario control de tronco, una hemiparesia severa, asocian un déficit sensitivo en el lado parético y cierto grado de desorientación y/o déficit cognitivo en un 55,2 % de los pacientes, que disminuye durante la hospitalización a un 31,6 % y persiste en el 25 % a los seis meses de evolución.
- Los trastornos de deglución, presentes en un 51,5 % de los pacientes al ingreso, mejoran ostensiblemente durante la hospitalización a un 19,9 %, manteniéndose a los seis meses postictus en un porcentaje levemente inferior. Una tercera parte de los pacientes presentan al ingreso dificultad en la comunicación, que persiste en un 23 % a los seis meses post-ictus.
- Al ingreso en el Servicio de Rehabilitación el 73 % de los pacientes son incapaces de caminar, y un 17,8 % consiguen dar unos pasos sólo con el apoyo continuo de otra persona. Al alta hospitalaria el 17 % requiere supervisión para caminar, el 17,4 % es capaz de caminar independiente por terreno llano, y consiguen una marcha autónoma el 3 % de los pacientes. A los seis meses del ictus un 31,4 % consigue una marcha totalmente independiente, el 17,8 % independencia para caminar por terreno llano y requieren supervisión el 14,1 %.
- Los pacientes mayores de 75 años presentan peor estado funcional y menor recuperación que los más jóvenes. Las actividades básicas de la vida diaria donde se muestra más dependencia son el manejo en el baño o ducha, el vestido, y la utilización de escaleras.
- El mayor porcentaje de la recuperación neurológica y funcional ocurre durante la fase de hospitalización, es decir, durante las primeras semanas postictus.
- Las dos complicaciones más frecuentes, tanto en la fase de hospitalización como durante el seguimiento a los seis meses postictus, son la depresión, presente en un 48,3 % y 37,1 % respectivamente, y el dolor en el hombro pléjico, objetivado en un 33 % de los pacientes durante la hospitalización y un 24 % en el seguimiento.

Objetivo secundario 3: valorar la sobrecarga y el estado anímico del cuidador a los seis meses postictus

- Los cuidadores perciben sobrecarga emocional, que es superior en las mujeres. Los aspectos más relevantes son los relacionados con la sensación de dependencia respecto a ellos de su familiar, el miedo al futuro de su familiar, la sensación de ser la única persona que le puede cuidar y la falta de tiempo propio. Las variables que más se asocian a esta sobrecarga en el cuidador son la presencia de disfagia, el grado de dependencia y la calidad de vida del paciente al que cuidan.
- Una tercera parte de los cuidadores presenta bajo estado anímico. El abandono de sus actividades e intereses habituales, la sensación de falta de energía y la creencia de que la mayoría de personas se encuentra mejor, son aspectos especialmente relevantes en ellos.
- El tiempo diario de dedicación al cuidado del paciente y la sobrecarga emocional son variables que influyen significativamente en la aparición de bajo estado anímico en el cuidador.

Objetivo secundario 4: valorar la satisfacción de pacientes y cuidadores con el programa rehabilitador e identificar las variables dependientes del propio paciente y del proceso asistencial relacionados con mayor insatisfacción

- El 96,6 % de los pacientes se muestran satisfechos o muy satisfechos respecto al tratamiento recibidos durante su hospitalización en Rehabilitación, el 87 % respecto a la información y el trato, y un 80,3 % respecto a la cantidad de recuperación percibida. Un 93 % referían estar satisfechos o muy satisfechos sobre la información respecto a prestaciones y servicios domiciliarios y sobre la cantidad de contacto con el hospital tras el alta hospitalaria. Los pacientes con mejor estado funcional, menos deprimidos y mayor calidad de vida mostraban mayor grado de satisfacción.
- Un 89,9 % de los cuidadores se mostraban satisfechos con la información recibida sobre el ictus, el 83,2 % respecto a la formación sobre los cuidados del paciente y un 90,2 % respecto al soporte al alta hospitalaria.

7. RECOMENDACIONES

- La alta prevalencia de discapacidad tras un ictus y su enorme coste económico, hace de la identificación de pacientes con diferentes pronósticos, una de las prioridades del sistema de salud, y son la base para favorecer la eficiencia en el reparto de recursos y las estrategias para maximizar la calidad de vida de los pacientes con ictus.
- La identificación de variables que permitan predecir el potencial rehabilitador es importante para estratificar grupos de pacientes con pronósticos homogéneos, diseñar programas racionales de rehabilitación en el que se indiquen las intervenciones específicas a realizar, la intensidad del tratamiento y la duración que se prevé en orden a alcanzar el nivel de función definido como posible.
- Es necesario realizar una valoración integral (social, clínica, funcional y de calidad de vida) de los pacientes con discapacidad tras un ictus que permita pronosticar la recuperación del paciente, los objetivos del tratamiento y realizar un plan de destino al alta. Conocer la efectividad y eficiencia de nuestros Servicios de Rehabilitación es la base para realizar estrategias de mejora.
- Distinguir las variables que más influyen en la calidad de vida del paciente y su cuidador puede permitir crear estrategias que faciliten una integración en la vida social y comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boix R, Del Barrio JL, Sanz P, Reñé R, Manubens JM, Lobo A et al. Stroke prevalence among the spanish elderly: an analysis based on screening surveys. *BMC Neurol*. 2006 Oct 16; 6: 36.
2. Duarte E, Alonso B, Fernández MJ, Fernández JM, Flórez M, García-Monte I et al. Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, 2009. *Rehabilitación (Madr)*. 2010 Ene-Mzo; 44 (1): 60-8.
3. Duncan PW, Horner RD, Reker DM, Samsa GP, Hoenig H, Hamilton B et al. Adherence to Postacute rehabilitation guidelines is associated with functional recovery in stroke. *Stroke*. 2002 Jan; 33(1): 167-77.
4. Rodríguez LP. Reflexiones conceptual y evolutiva sobre medicina física y rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)*. 2005; 39(2): 43-5.
5. Aguirrezabal A, Duarte E, Marco E, Rueda N, Cervantes C, Escalada F. Satisfacción de pacientes y cuidadores con el programa de rehabilitación seguido tras el ictus. *Rev Calid Asist*. 2010 Mar-Apr; 25(2): 90-6.
6. Santos JF, Usabiaga T, Ródenas S, Barba E, Aguilar JJ. Eficiencia y efectividad del tratamiento rehabilitador en el hemipléjico. Estudio evolutivo. *Rehabilitación (Madr)*. 2004; 38 (2): 66-71.
7. Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Acute stroke care and rehabilitation: an analysis of the direct cost and its clinical and social determinants. The Copenhagen Stroke Study. *Stroke*. 1997 Jun; 28(6): 1138-41.
8. Wilz G. Predictors of subjective impairment after stroke: influence of depression, gender and severity of stroke. *Brain Inj*. 2007 Jan; 21(1): 39-45.
9. Sánchez Blanco I, Martín Fraile ME, Izquierdo Sánchez M. Rehabilitación del ictus cerebral. En: Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 479 -84.
10. 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 Nov 16-30; 39(10): 915-23.
11. Jönsson AC, Lindgren I, Hallstrom B, Norrving B, Lindgren N. Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*. 2005 Apr; 36(4): 803-8.
12. Hervás A, Cabasés J, Forcén T. Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. *Gac Sanit*. 2007 Nov-Dec; 21(6): 444-51.
13. Durán Heras MA. Informe sobre el Impacto Social de los Enfermos Dependientes por Ictus. Informe ISEDIC. 2ª ed. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2004.
14. Patel MD, McKeivitt C, Rudd AG, Wolfe CD. Clinical determinants of long – term quality of life after stroke. *Age Ageing*. 2007 May; 36(3): 316-22.
15. Carod-Artal J, Egido JA, González JL, Varela de Seijas E. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke. *Stroke*. 2000 Dec; 31(12): 2995-3000.
16. Cameron JI, Gignac AM. "Timing it Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Educ Couns*. 2008 Mar; 70(3): 305-14.
17. Mackenzie A, Perry L, Lockhart E, Cottee M, Cloud G, Mann H. Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. *Disabil Rehabil*. 2007 Jan 30; 29(2): 111-21.
18. Oliva J, Osuna R, Jorgensen N. Estimación de los costes de los cuidados informales asociados a enfermedades neurológicas de alta prevalencia en España. *Pharmacoeconomics*. 2007; 4 (3): 83-96.

19. Díaz Guzmán J, Egido Herrero JA, Fernández Pérez C, Gabriel Sánchez R, Barberá G et al. Incidencia de ictus en España: estudio Iberictus. Datos del estudio piloto. *Rev Neurol*. 2009 Jan 16-31; 48(2): 61-5.
20. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989; 42 (8): 703-709.
21. García González JV, Díaz Palacios E, Salamea García A, Cabrera González D, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria*. 1999 Apr 30; 23(7): 434-40.
22. Charlson M, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 373-83.
23. Charlson ME, Charlson RE, Peterson JC, Marinopoulos SS, Briggs WM, Hollenberg JP. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol*. 2008 Dec; 61(12): 1234-40.
24. Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet*. 1991 Jun 22; 337(8756): 1521-6.
25. Domínguez R, Vila JF, Augustovski F, Irazola V, Castillo PR, Rotta Escalante R et al. Spanish cross-cultural adaptation and validation of the National Institutes of Health Stroke Scale. *Mayo Clin Proc*. 2006 Apr; 81(4):476-80.
26. García Albea JE, Sánchez ML, Del Viso S. Test de Boston para el diagnóstico de la afasia. Adaptación Española. En : Goodglas K, Kaplan E (eds). *La evaluación de la afasia y trastornos relacionados*. Panamericana. Madrid. 1986.
27. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001 Jun 30; 117(4): 129-34.
28. Izal M, Montorio I. Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Rev Gerontol*. 1996; 6(4): 329-338.
29. Collin C, Wade D. Assessing motor impairment alter stroke: a pilot reliability study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1990 Jul; 53(7): 576-9.
30. Holden MK, Gill KM, Magliozzi MR, Nathan J, Piehl-Baker L. Clinical gait assessment in the neurologically impaired. Reliability and meaningfulness. *Phys Ther*. 1984 Jan; 64(1): 35-40.
31. Fernández Concepción O, Ramírez Pérez E, Álvarez Gonzáles MA, Buergo-Zuáznabar MA. Validación de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38). *Rev Neurol*. 2008 Feb 1-15; 46(3): 147-52.
32. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF 36 Health Survey (cuestionario de salud SF 36): un instrumento para la media de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995 May 27; 104(20): 771-6.
33. Anitua C, Quintana JM. Valores poblacionales del Índice de salud SF-36 en el País Vasco: importancia y aplicación en la práctica clínica. *Osasunkaria*. 1999; 10-17.
34. Martín Carrasco M, Salvadó I, Nadal Álava S, Miji LC, Rico JM, Lanz P et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996; 6(4): 338-45.
35. Pound P, Gomertz P, Ebrahim S. Patients' satisfaction with stroke services. *Clin Rehabil*. 1994; 8: 7-17.
36. Hanley JA, McNeil BJ. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology*. 1982 Apr; 143(1): 29-36.

37. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley and Sons, Inc; 1989.
38. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Efficiency, effectiveness and duration of stroke rehabilitation. *Stroke*. 1990 Feb; 21(2): 241-6.
39. Granger CV, Hamilton BB. Measurement of stroke rehabilitation outcome in the 1980s. *Stroke*. 1990 Sep; 21(9 Suppl): II46-7.
40. Baztán JJ, Doménech J, González M, Forcano S, Morales C, Ruiperez I. Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la Unidad geriátrica de media estancia del Hospital central de Cruz Roja de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2004 May-Jun; 78(3): 355-66.
41. Boix R, del Barrio JL, Sanz P, Reñé R, Manubens JM, Lobo A et al. Stroke prevalence among the spanish elderly: an analysis based on screening surveys. *BMC Neurol*. 2006 Oct 16; 6:36.
42. Petrea R, Beiser A, Seshadri S, Kelly-Hayes M, Kase C, Wolf PA. Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham heart study. *Stroke*. 2009 Apr; 40(4): 1032-7.
43. Pinedo Otaola S, de La Villa MF. Evolución y pronóstico de la discapacidad en pacientes con hemiplejía. *Med Clin (Barc)*. 2000 Oct 21; 115(13): 487-92.
44. Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Vive-Larsen J, Støier M, Olsen TS. Outcome and time course of recovery in stroke. Part II: Outcome. The Copenhagen stroke study. *Arch Phys Med Rehabil*. 1995 May; 76(5): 406-12.
45. Goldstein LB, Samsa GP, Matchar DB, Horner RD. Charlson Index comorbidity adjustment for ischemic stroke outcome studies. *Stroke*. 2004 Aug; 35(8): 1941-5.
46. Fischer U, Arnold M, Nedeltchev K, Schoenenberger RA, Kappeler L, Höllinger P et al. Impact of comorbidity on ischemic stroke outcome. *Acta Neurol Scand*. 2006 Feb; 113(2): 108-13.
47. Atalay A, Turhan N. Determinants of length of stay in stroke patients: a geriatric rehabilitation unit experience *Int J Rehabil Res*. 2009 Mar; 32(1): 48-52.
48. Kalra L. Does age affect benefits of stroke unit rehabilitation? *Stroke*. 1994 Feb; 25(2): 346-51.
49. Paolucci S, Antonucci G, Pratesi L, Trallesi M, Lubish S, Grasso MG. Functional outcome in stroke inpatient rehabilitation: predicting no, low and high response patients. *Cerebrovasc Dis*. 1998 Jul-Aug; 8(4): 228-34.
50. Macciocchi SN, Diamond PT, Alves WM, Mertz T. Ischemic stroke: relation of age, lesion location, and initial neurologic deficit to functional outcome. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998 Oct; 79(10): 1255-7.
51. Forster A, Lambley R, Young J. Is physical rehabilitation for older people in long term care effective? Findings from a systematic review. *Age Ageing*. 2010 Mar; 39(2): 169-75.
52. Bagg S, Pombo AP, Hopman W. Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. *Stroke*. 2002; 33 (1): 179 -85.
53. Hsieh CL, Sheu CF, Hsueh IP, Wang CH. Trunk control as an early predictor of comprehensive activities of daily living function in stroke patients. *Stroke*. 2002 Nov; 33(11): 2626-30.
54. Duarte E, Morales A, Pou M, Aguirrezabal A, Aguilar JJ, Escalada F. Test de control de tronco: predictor precoz del equilibrio y capacidad de marcha a los 6 meses del ictus. *Neurologia*. 2009 Jun; 24(5): 297-303.
55. Counsell C, Dennis M, McDowall M, Warlow C. Predicting outcome after acute stroke: development and validation of new models. *Stroke*. 2002 Apr; 33(4) :1041-7.
56. Sánchez-Blanco I, Ochoa-Sangrador C, López-Munaín L, Izquierdo-Sánchez M, Feroso-García J. Predictive model of functional Independence in stroke patients admitted to a rehabilitation programme. *Clin Rehabil*. 1999 Dec; 13(6): 464-75.

57. Petersen R, Dahl T, Wyller Tb. Prediction of long-term functional outcome after stroke rehabilitation. *Clin Rehabil.* 2002 Mar; 16(2): 149-59.
58. Sze KH, Wong E, Or KH, Lum CM, Woo J. Factors predicting stroke disability at discharge: a study of 793 Chinese. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000 Jul; 81(7): 876-80.
59. Castellano Vela E, Gómez Pajares F, Rochina Puchades A, Gil Egea M. Factores asociados a mejoría funcional y nueva institucionalización en enfermos con intervención rehabilitadora en una unidad de media larga estancia. *Rev Clin Esp.* 2010 Jan; 210(1): 1-10.
60. Valderrama E, Baztán JJ, Pérez del Molino J. Eficiencia de la mejoría funcional obtenida en una Unidad de media Estancia o Convalecencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1997; 32(3): 139-43.
61. Jorgensen HS, Kammergaard LP, Houth J, Nakayama H, Raaschou HO, Larsen K et al. Who benefits from treatment and Rehabilitation in a Stroke Unit? A Community-based study. *Stroke.* 2000 Feb; 31(2): 434-9.
62. Foley NC, Teasell RW, Bhogal SK, Doherty T, Speechley MR. The efficacy of stroke rehabilitation: a qualitative review. *Top Stroke Rehabil.* 2003 Summer; 10(2): 1-18. www.ebrs.com [Updated in August 2011; Accessed: 19th March 2012]
63. Dobkin BH. Clinical practice. Rehabilitation after stroke.. *N Engl J Med.* 2005 Apr 21; 352(16): 1677-84.
64. Denti L, Agosti M, Franceschini M. Outcome predictors of rehabilitation for first stroke in the elderly. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008 Mar; 44(1): 3-11.
65. Granger CV, Hamilton BB, Gresham GE. The stroke rehabilitation outcome study – Part I: General description. *Arch Phys Med Rehabil.* 1988 Jul; 69(7): 506-9.
66. Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García -Palleiro P et al. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a geriatric convalescence unit in Spain. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Feb; 51(2): 252-7.
67. Sabartés O, Miralles R, Ferrer M, Esperanza A, García Palleiro P, Llorach I et al. Factores predictivos de retorno al domicilio en pacientes ancianos hospitalizados. *An Med Interna (Madrid).* 1999 Aug; 16(8): 407-14.
68. Baztán JJ, Doménech J, González M, Forcano S, Morales C, Ruipérez I. Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la Unidad geriátrica de media estancia del Hospital central de Cruz Roja de Madrid. *Rev Esp Salud Publica.* 2004 May-Jun; 78(3): 355-66.
69. Ishizaki T, Kai I, Hisata M, Kobayashi Y, Wakatsuki K, Ohi G. Factors influencing user' return home on discharge from a geriatric intermediate care facility in Japan. *J Am Geriatr Soc.* 1995 Jun; 43(6): 623-6.
70. Torres-Fernández S, Marco Navarro E, Duarte Oller E, Orient-López F. Perfil del paciente hemipléjico ingresado en un servicio de rehabilitación candidato a intervención social precoz. *Rehabilitación (Madr).* 1999 Ago; 33(5): 310-5.
71. Díaz Tapia V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo-Muñoz A, Illanes-Díez S. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico. *Rev Neurol.* 2008 Jun 1-15; 46(11): 652-5.
72. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de La Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410-16
73. Carod-Artal J, Egido JA, González JL, Varela de Seijas E. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke.* 2000 Dec; 31(12): 2995-3000.
74. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing.* 2003; 32: 218-23.
75. Mar J, Arrospide A, Begiristain JM, Larrañaga I, Sanz-Guinea A, Quemada I. Calidad de

- vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011 Jul-Aug; 46(4): 200-5.
76. Carod-Artal FJ, EgidoJA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *CerebrovascDise. Cerebrovasc Dis.* 2009; 27 Suppl 1: 204-14.
77. Anderson C, Mhurchu CN, Rubenach S, Clark M, Spencer C, Winsor A. Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial. *Stroke.* 2000 May; 31(5): 1032-7.
78. Wyller TB, Thommessen B, Sodring KM, Sveen U, Pettersen AM, Bautz-Holter E et al. Emotional well-being of close relatives to stroke survivors. *Clin Rehabil.* 2003 Jul; 17(4): 410-7.
79. Marco E, Duarte E, Santos JF, Aguirrezabal A, Morales A, Belmonte R et al. Deterioro de la calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con discapacidad por ictus: una entidad a considerar. *Rev Calid Asist.* 2010 Nov-Dec; 25(6): 356-64.
80. Low JT, Payne S, Roderick P. The impact of stroke on informal carers: a literature review. *Soc Sci Med.* 1999 Sep; 49(6): 711-25.
81. Pla Director de la Malatia Vasculat Cerebral. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias e Investigación Médicas. Guía de Práctica Clínica del Ictus. Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya. 2007. Disponible en: <http://www.aatrm.net>
82. BrazierJ, Roberts J, Deverill M. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *J Health Econ.* 2002 Mar; 21(2): 271-92.
83. Lopez-Bastida J, Oliva Moreno J, Worbes Cerezo M, Perestelo Perez L, Serrano-Aguilar P, Montón-Álvarez F. Social and economic costs and health-related quality of life in stroke survivors in the Canary Islands, Spain. *BMC Health Serv Res.* 2012 Sep 12;12:315.

ANEXO

ANEXO. ESCALAS UTILIZADAS

Escala 1. Riesgo social-escala de valoración socio-familiar de Gijón

A. SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
B. SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1,5 veces el salario mínimo	1
Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo hasta pensión mínima contributiva	3
LISMI-FAS-Pensión no contributiva	4
Sin ingreso o inferiores al apartado anterior	5
C. VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos...)	5
D. RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y/o vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
E. APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
PUNTUACIÓN TOTAL	

Escala 2. Índice de comorbilidad de Charlson

<i>Infarto de miocardio:</i> debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o ECG	1
<i>Insuficiencia cardiaca:</i> debe existir historia de disnea de esfuerzo y/o signos de insuficiencia cardiaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
<i>Enfermedad arterial periférica:</i> incluye claudicación intermitente, intervenidos de bypass arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de aorta (torácica o abdominal) >6 cm de diámetro	1
<i>Enfermedad cerebro vascular:</i> pacientes con ACV sin secuelas o TIA	1
<i>Demencia:</i> pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
<i>Enfermedad respiratoria crónica:</i> debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónicas, incluyendo EPOC y asma	1
<i>Enfermedad del tejido conectivo:</i> incluye lupus, polimiositis, enf mixta, polimialgia reumática, arteritis de células gigantes y artritis reumatoide	1
<i>Úlcera gastroduodenal:</i> incluye aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
<i>Hepatopatía crónica leve:</i> sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
<i>Diabetes:</i> incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
<i>Hemiplejia:</i> evidencia de hemiplejia o paraplejia como consecuencia de ACV u otra condición	2
<i>Insuficiencia renal crónica moderada/severa:</i> incluye pacientes en diálisis o bien con creatininas > 3mg/dl objetivadas de forma mantenida y repetida	2
<i>Diabetes con lesión en órganos diana:</i> evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
<i>Tumor o neoplasia sólida:</i> incluye pacientes con cáncer pero sin metástasis documentadas	2
<i>Leucemia:</i> incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
<i>Linfoma:</i> incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
<i>Hepatopatía crónica moderada/severa:</i> con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
<i>Tumor o neoplasia sólida con metástasis</i>	6
<i>Sida definido:</i> no incluye portadores asintomáticos	6
ÍNDICE DE COMORBILIDAD (suma puntuación total): ausencia de comorbilidad 0-1 punto, comorbilidad baja 2 puntos, comorbilidad alta ≥ 3 puntos.	

Predicción de mortalidad en seguimientos cortos (<3 años); índice de 0 (12 % de mortalidad/año); índice 1-2 (26 %); índice 3-4 (56 %); índice ≥ 5 (85 %).

Escala 3. Índice de Barthel modificado (SHAH)

			FECHA				
1. CONTROL HECES	0	Incontinente, se mancha de forma casi diaria					
	2	Requiere ayuda para mantener pauta de excreción satisfactoria					
	5	Presenta accidentes frecuentes. Precisa pañales u otros elementos absorbentes					
	8	Requiere vigilancia de control intestinal y puede tener algún accidente ocasional					
	10	Buen control intestinal					
2. CONTROL ORINA	0	Incontinente total o portador sonda					
	2	Incontinencia frecuente (se orina involuntariamente casi a diario)					
	5	Seco por el día , pero no por la noche					
	8	Generalmente seco día y noche, con algún episodio incontinencia accidental					
	10	Buen control vesical (si utiliza sonda, prepara el equipo sin ayuda)					
3. ASEO PERSONAL	0	Dependencia total					
	1	Requiere máxima ayuda, aunque realiza intentos de colaboración					
	3	Requiere alguna ayuda, en una o más etapas de la higiene personal					
	4	Requiere vigilancia (indicación o estímulo) o mínima ayuda (abrir botes, ...)					
	5	Independiente. Puede lavar sus manos, cara, peinarse, lavarse los dientes...					
4. USO RETRETE	0	Dependencia total					
	2	Dependencia máxima					
	5	Requiere ayuda moderada					
	8	Requiere mínima ayuda (proporción útiles de aseo) o vigilancia (presencia o estímulo)					
	10	Independiente					
5. COMER	0	Dependencia total					
	2	Necesita máxima ayuda, aunque puede llevarse cuchara a la boca					
	5	Requiere ayuda en ciertas tareas como poner azúcar en café, desmenuzar comida...					
	8	Independiente para comer alimentos preparados. Requiere ayuda para abrir tarro,...					
	10	Independiente. Capaz de comer solo y en tiempo razonable					
6. TRASLADARSE SILLA-CAMA	0	Dependencia total (requiere ayuda de dos personas o de una grúa)					
	3	Requiere la máxima ayuda de otra persona					
	8	Dependencia moderada: participa de algún modo en las transferencias					
	12	Vigilancia o mínima ayuda: requiere la presencia de otra persona					
	15	Independencia (si utiliza silla de ruedas se aproxima cama, frena, puede volver silla...					

.../...

.../...

			FECHA				
7. VESTIRSE	0	Dependencia total. El paciente no colabora en el vestido					
	2	Dependencia máxima, aunque el paciente intenta colaborar					
	5	Requiere ayuda para ponerse y/o quitarse la ropa					
	8	Requiere supervisión o una mínima ayuda en atar botones, cremalleras, o colocarse corsé, si precisa					
	10	El paciente es capaz de vestirse por sí mismo, adecuadamente y en tiempo razonable					
8. BAÑARSE/ DUCHARSE	0	Dependencia total					
	1	Dependencia máxima, a pesar de los intentos de colaboración del paciente					
	3	Requiere de ayuda para entrar y salir de bañera, o para lavarse, aplicar la esponja o secarse entero					
	4	Requiere una vigilancia o supervisión en aspectos como preparar Tª agua o útiles de aseo					
	5	Independiente. El paciente es capaz de bañarse solo, sin presencia de terceras personas					
9. DEAMBULACIÓN	0	Incapaz					
	3	Dependencia máxima: requiere la ayuda constante de una o dos personas					
	8	Dependencia moderada: precisa de otra persona para la colocación y manejo de ayudas externas: muletas, bastón... y para caminar					
	12	El paciente camina solo, pero es incapaz de caminar más de 50 m sin ayuda o requiere la supervisión de otra persona para mayor seguridad					
	15	Independiente. Si utiliza ortesis para la deambulación, es capaz de ponérsela correctamente o quitársela solo. Puede utilizar cualquier ayuda externa. Es capaz de caminar más de 50 m. sin ayuda o supervisión de otra persona					
9. MANEJO SILLA RUEDAS Alternativa a la deambulación si el paciente no puede caminar	0	Dependencia total: precisa ser empujado por otro					
	1	Dependencia máxima: sólo puede andar solo, cortas distancias por terreno llano					
	3	Precisa ayuda para acercar la silla a una mesa, cama,...					
	4	Presenta dificultad para manejar la silla solo, más de 50 m. Requiere ayuda de otra persona para ciertas situaciones como «doblar esquinas»					
	5	Se maneja en silla de ruedas sin menor dificultad. Capaz de manejarse con la silla en diferentes situaciones: dar vueltas, andar para atrás, ir al baño con ella, ...					
10. ESCALERAS	0	Incapaz					
	2	Requiere el apoyo continuo en otra persona y su ayuda máxima					
	5	El paciente es capaz de subir y bajar un piso pero requiere la supervisión y ayuda de otra persona para sujetar sus ayudas externas (muleta, bastón, ...)					
	8	Requiere mínima ayuda o vigilancia de otra persona para mayor seguridad					
	10	Independiente. No precisa la supervisión o ayuda de otra persona. Puede apoyarse en barandilla al subir y bajar un piso, pero es capaz de sujetar sus ayudas externas					
PUNTUACIÓN TOTAL: 0-20: dependencia total; 21-60: dependencia severa.; 61-90: dependencia moderada; 91-99: dependencia leve; 100: independiente en AVD.							

Escala 4. Clasificación Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP)

<p>1. SÍNDROME DE CIRCULACIÓN ANTERIOR TOTAL (TACS):</p> <ul style="list-style-type: none">– Déficit motor o sensorial unilateral en al menos dos áreas de cara, brazo y pierna + hemianopsia homónima + disfunción cerebral superior (afasia, negligencia...)
<p>2. SÍNDROME DE CIRCULACIÓN ANTERIOR PARCIAL (PACS): al menos dos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">– Déficit motor y/o sensitivo unilateral– Hemianopsia ipsilateral o disfunción cerebral superior– Disfunción cerebral superior sola o déficit motor y/o sensitivo aislado y restringido a una extremidad o cara
<p>3. SÍNDROME DE CIRCULACIÓN POSTERIOR (POCS): uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">– Signos bilaterales motores o sensoriales no secundarios a compresión de tronco por lesión amplia supratentorial– Signos cerebelosos, salvo los que acompañan a un déficit motor ipsilateral (hemiparesia atáxica)– Diplopia inequívoca con o sin parálisis del motor ocular externo– Signos cruzados, por ejemplo facial derecho con paresia izquierda– Hemianopsia sola o con cualquiera de los cuatro ítems previos
<p>4. SÍNDROMES LACUNARES (LACS):</p> <ul style="list-style-type: none">– Hemiparesia motora pura: déficit puro unilateral- Afecta a dos de las tres áreas (cara, extremidad superior, extremidad inferior)– Ictus sensitivo puro: síntomas (+/-) signos sensitivos puros unilaterales– Hemiparesia atáxica: cerebelo y corticoespinal ipsilateral. Con o sin disartria. Sin disfunción superior ni visual– Ictus sensitivo-motor: hemiparesia motora y sensitiva combinada. Sin disfunción superior o campo visual

Escala 5. Escala de ictus del National Institute of Health (NIH stroke scale)

	FECHA	
<p>1a. <i>Nivel de conciencia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Alerta 1. No está alerta, pero reacciona con una estimulación mínima 2. No está alerta, precisando una estimulación repetida para reaccionar 3. Coma 		
<p>1b. <i>Preguntar al paciente por el mes en que estamos y su edad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ambas respuestas correctas 1. Una respuesta correcta 2. Ambas incorrectas 		
<p>1c. <i>Pedir al paciente que cierre y abra los ojos y que cierre y abra la mano no parética</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ambos movimientos correctos 1. Un movimiento correcto 2. Ambos movimientos incorrectos 		
<p>2. <i>Movimiento ocular (sólo movimientos horizontales)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Normal 1. Parálisis parcial 2. Desviación forzada 		
<p>3. <i>Test de campo visual</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Sin pérdida de campo visual 1. Hemianopsia parcial 2. Hemianopsia completa 3. Hemianopsia bilateral (incluye ceguera cortical) 		
<p>4. <i>Parálisis facial</i></p> <p>Pedir al paciente que muestre los dientes o que levante las cejas y cierre los ojos fuertemente</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Movimientos normales y simétricos 1. Parálisis menor: labio superior flácido, asimetría en la sonrisa 2. Parálisis parcial: parálisis casi total de la parte inferior de la cara 3. Parálisis completa en un lado o en ambos: ausencia de movimiento facial en la parte superior e inferior de la cara 		
<p>5. <i>Función motora de los brazos (5a derecho, 5b izquierdo)</i></p> <p>Se pide al paciente que extienda los brazos al frente, con las palmas hacia abajo (si está sentado) o que los levante en ángulo de 45° (si está tendido), y se valora si mantiene la posición durante 10 segundos</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay caída 1. Caída progresiva durante los 10 seg sin llegar a caer del todo 2. Cae del todo, pero se observa un cierto esfuerzo contra la gravedad 3. Cae totalmente sin evidencia de esfuerzo contra la gravedad 4. No hay movimiento 9. Amputación del miembro o inmovilización de la articulación 		
<p>6. <i>Función motora de las piernas (6a derecha, 6b izquierda)</i></p> <p>Se realiza siempre en posición supina, pidiendo al paciente que levante la pierna en ángulo de 30° y se valora si mantiene la posición durante 5 seg</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay caída: se mantiene la posición durante 5 seg 1. Caída progresiva durante los 5 seg sin llegar a caer del todo 2. Cae del todo, pero se observa un cierto esfuerzo contra la gravedad 3. Cae totalmente sin evidencia de esfuerzo contra la gravedad 4. No hay movimiento 9. Amputación del miembro o inmovilización de la articulación 		

	FECHA	
<p>7. <i>Ataxia de los miembros</i></p> <p>Se pide al paciente que se toque la nariz con la punta del dedo (ambos brazos) y que se toque la rodilla de una pierna con el talón de la otra y que lo deslice a lo largo de la espinilla (ambas piernas)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay ataxia 1. Ataxia en un miembro 2. Ataxia en ambos miembros 9. Amputación del miembro o inmovilización de la articulación 		
<p>8. <i>Sensibilidad</i></p> <p>Valorar la reacción ante el estímulo de un pinchazo con una aguja, en diferentes partes del cuerpo (brazos, piernas, cara)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Normal: no hay pérdida de sensibilidad 1. Pérdida de sensibilidad débil o moderada: el paciente nota el contacto, pero no percibe si es con la punta o con el lado plano de la aguja 2. Pérdida total de sensibilidad: el paciente no nota el contacto 		
<p>9. <i>Lenguaje</i></p> <p>Valorar la comprensión mostrada en todas las pruebas anteriores, así como la capacidad para leer una frase corta o describir un dibujo simple (los pacientes en coma, ítem 1a=3, se puntúan 3 en esta prueba)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Normal, sin afasia 1. Afasia leve o moderada: el paciente tiene dificultades de habla y/o comprensión, pero se puede identificar lo que quiere decir 2. Afasia severa: sólo hay una comunicación mínima, y es muy difícil identificar lo que el paciente quiere decir 3. Afasia global, mutismo: no hay posibilidad de hablar ni de comprender 		
<p>10. <i>Disartria</i></p> <p>Valorar la capacidad del paciente para articular correctamente un texto leído o repetir algunas palabras</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Articulación normal 1. Disartria ligera o moderada: se pueden entender las palabras, pero con dificultad 2. Disartria severa: es casi imposible entender las palabras o el paciente casi no puede hablar 9. El paciente está intubado o tiene otra dificultad física para hablar 		
<p>11. <i>Extinción (supresión, inatención) y negligencia</i></p> <p>Se valora por la reacción del paciente ante un estímulo doloroso bilateral simultáneo y simétrico (extinción), y por sus reacciones ante los estímulos visuales, táctiles, auditivos, espaciales o personales, en las pruebas anteriores (negligencia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay anormalidades 1. Extinción frente a la estimulación bilateral simultánea o negligencia en una de las modalidades sensoriales 2. Hemi-extinción severa o negligencia frente a más de un estímulo 		

Escala 6. Escala de severidad de la afasia (Batería de Boston)

0 = Ausencia de habla o comprensión auditiva
1 = La comunicación se efectúa totalmente a partir de expresiones incompletas; necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es limitado, y el peso de la conversación recae sobre el oyente
2 = El paciente puede, con ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares. Hay fracaso frecuente al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación con el examinador
3 = El paciente puede referirse a prácticamente todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda, o sin ella. Sin embargo, la reducción del habla y/o la comprensión hacen sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto tipo de temas
4 = Hay alguna pérdida obvia de fluidez en el habla o de facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o su forma de expresión
5 = Mínimos deterioros observables en el habla; el paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente
Puntuación: 0-1 = Afasia severa; 2-3 = Afasia moderada; 4-5 = Afasia leve.

Escala 7. Cuestionario Pfeiffer (versión española SPMSQ-VE)

	Correcto	Incorrecto
¿Qué día es hoy? (día/mes/año)		
¿Qué día de la semana es hoy?		
¿Dónde estamos ahora?		
¿Cuál es su número de teléfono?		
¿Cuál es su dirección? (Preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono)		
¿Cuántos años tiene?		
¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Día /mes/año)		
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?		
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?		
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?		
Restar de 3 en 3 desde el número 20 hasta llegar al 0		
SUMA ERRORES		
Valoración: 0-2 errores: normal, 3-4 errores: deterioro leve, 5-7 errores: deterioro moderado, 8-10 errores: deterioro severo		

Escala 8. Escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión abreviada)

	SI	NO
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se aburre a menudo?	1	0
5. ¿Está usted animado casi todo el tiempo?	0	1
6. ¿Tiene miedo a que le vaya a pasar algo malo?	1	0
7. ¿Está usted contento durante el día?	0	1
8. ¿Se siente usted desamparado o abandonado?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que es estupendo estar vivo?	0	1
12. ¿Se siente inútil tal y como está ahora?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0
PUNTUACIÓN TOTAL		
<p>Escoger la respuesta más adecuada sobre cómo se ha sentido en las dos últimas semanas Si el Mini-Mental es ≤ 14 puntos la aplicación de la escala puede no ser valorable Puntuación: <5 = no depresión, ≥ 5 = probable depresión. El diagnóstico se debe confirmar evaluando los criterios DSM-IV</p>		

Escala 9. Test del control del tronco

1. Volteo hacia el lado afecto: en decúbito supino, volteo hacia el lado débil. Puede empujar o agarrarse en la cama con el lado sano.	
2. Volteo hacia el lado sano: desde decúbito supino, llevar la pierna afecta por encima.	
3. De decúbito supino a sedestación: desde decúbito supino, puede usar brazo(s) para empujar o agarrarse.	
4. Equilibrio de sedestación: sentado al borde de la cama. Y con los pies alejados del suelo. Mantiene el equilibrio durante 30 segundos.	
ÍNDICE DEL CONTROL DE TRONCO = (1) + (2) + (3) + (4)	
Puntuación: 0= Incapaz; 12 = Con ayuda; 25 = normal	

Escala 10. **Categorías de ambulación funcional**

0. No funcional:	No puede caminar o requiere ayuda de dos o más personas.
1. Dependiente nivel 2:	Requiere firme y continuo apoyo de una persona en el soporte de peso y equilibrio
2. Dependiente nivel 1:	Requiere ayuda continua o intermitente de una persona en el equilibrio y la coordinación
3. Dependiente supervisión:	Requiere supervisión verbal o la necesidad de ánimo de una persona, pero sin contacto físico
4. Independiente en llano:	Puede caminar independientemente en llano, pero requiere ayuda en escaleras, bordillos y desniveles
5. Independiente	Puede caminar independientemente por cualquier sitio

Nota: Esta clasificación no considera el uso de ayudas técnicas

Escala 11. Escala SF 36

1. En general, usted diría que su salud es:

- ¹ Excelente ² Muy buena ³ Buena ⁴ Regular ⁵ Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año ¹ Algo mejor ahora que hace un año ² Más o menos igual que hace un año ³ Algo peor ahora que hace un año ⁴ Mucho peor ahora que hace un año ⁵

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
d. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
e. Subir un solo piso por la escalera	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
f. Agacharse o arrodillarse	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
g. Caminar un kilómetro o más	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
h. Caminar varios centenares de metros	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
i. Caminar unos 100 metros	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? ...	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
| <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| No, ninguno | Sí, muy poco | Sí, un poco | Sí, moderado | Sí, mucho | Sí, muchísimo |
| <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ | <input type="checkbox"/> ⁶ |

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
| <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

- | | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. ¿Se sintió lleno de vitalidad? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| b. ¿Estuvo nervioso? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| d. ¿Se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| e. ¿Tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| f. ¿Se sintió desanimado y deprimido? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| g. ¿Se sintió agotado? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| h. ¿Se sintió feliz? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| i. ¿Se sintió cansado? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
| <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

- | | Totalmente cierta | Bastante cierta | No lo sé | Bastante falsa | Totalmente falsa |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| b. Estoy tan sano como cualquiera | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| c. Creo que mi salud va a empeorar | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| d. Mi salud es excelente | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |

Escala 12. Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38)

El propósito de este cuestionario es evaluar cómo el accidente vascular que usted sufrió, ha impactado en su salud y en su vida. Queremos saber desde SU PUNTO DE VISTA cómo 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
a. Moverse a lugares distantes de la casa	5	4	3	2	1
b. Realizar sus actividades de ocio, entretenimiento o recreación	5	4	3	2	1
c. 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
c. Cumplir sus funciones habituales en el hogar	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 qué grado se ha recuperado de su enfermedad?	5	4	3	2	1

Escala 13: Cuestionario de satisfacción de Pound

HOSPSAT (Información y trato durante el ingreso)*	Muy satisfecho (4)	Satisfecho (3)	Insatisfecho (2)	Muy insatisfecho (1)
1. He sido tratado con amabilidad y respeto por el personal del hospital				
2. El personal ha tenido en cuenta mis necesidades personales cuando estaba en el hospital (si podía ir al lavabo siempre que lo necesitaba, etc.)				
3. Sentía que podía hablar con el personal acerca de cualquier problema que tuviera				
4. Me dieron toda la información que quería sobre las causas y la naturaleza de mi enfermedad				
5. Los médicos hicieron todo lo que pudieron para que mejorase				
TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN:				
1. Estoy satisfecho con el tipo de tratamiento que he recibido (fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional)				
2. He recibido suficiente tratamiento (fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional)				
3. Estoy contento con la cantidad de recuperación que he tenido después de la enfermedad)				
HOMESAT (Servicios tras el alta hospitalaria)**				
1. Me dieron toda la información que quería sobre las prestaciones o servicios domiciliarios que necesitaba al alta hospitalaria				
2. Las cosas estaban bien preparadas para mi retorno a casa				
3. Tuve todo el soporte de servicios, como comidas a domicilio, ayudas domiciliarias, enfermería domiciliaria, etc				
4. Estoy satisfecho con la cantidad de contacto que he tenido con el hospital desde que me fui de alta				

Escala 14. Cuestionario-Zarit: población cuidadora de personas dependientes

INSTRUCCIONES PARA LA PERSONA CUIDADORA A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia. (Señale con una X la columna correspondiente)	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
	0	1	2	3	4
1. ¿Siente que su familiar <i>solicita más ayuda de la que realmente necesita</i> ?					
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar <i>ya no dispone de tiempo suficiente para usted</i> ?					
3. ¿Se siente <i>agobiado por intentar compatibilizar</i> , con otras responsabilidades, el cuidado de su familiar (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente <i>vergüenza por la conducta de su familiar</i> ?					
5. ¿Se siente <i>enfadado cuando está cerca</i> de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar <i>afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros</i> de su familia?					
7. ¿Tiene <i>miedo por el futuro</i> de su familiar?					
8. ¿Piensa que <i>su familiar depende de Vd.</i> ?					
9. ¿Se siente <i>tenso, agotado cuando está cerca</i> de su familiar?					
10. ¿Piensa que <i>su salud ha empeorado</i> debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que <i>no tiene tanta intimidad como le gustaría</i> debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que <i>su vida social se ha visto afectada negativamente</i> por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente <i>incómodo por distanciarse de sus amistades</i> debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar <i>le considera a usted la única persona</i> que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que <i>no tiene suficientes ingresos económicos</i> para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que <i>no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo</i> ?					
17. ¿Siente que <i>ha perdido el control de su vida</i> desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía <i>poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona</i> ?					
19. ¿Se siente <i>indeciso sobre qué hacer</i> con su familiar?					
20. ¿Piensa que <i>debería hacer más</i> por su familiar?					
21. ¿Piensa que <i>podría cuidar mejor</i> a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de «carga» experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? 0 = Nada, 1 = POCO; 2 = Moderada; 3 = Mucha, 4 = Extrema					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Escala 15. Cuestionario de satisfacción del cuidador

Satisfacción del cuidador	Muy satisfecho (4)	Satisfecho (3)	Insatisfecho (2)	Muy insatisfecho (1)
1. ¿Está satisfecho con la cantidad de información recibida sobre el ictus y el tratamiento rehabilitador (objetivos, dónde se hará, cuánto durará, etc.)?				
2. ¿Considera que en el hospital le enseñaron lo suficiente acerca del tratamiento del paciente para AVD, movilidad, etc., antes de volver a casa?				
3. ¿Está satisfecho con la posibilidad de hacer cualquier consulta que necesite al equipo rehabilitador después del alta?				

