

Calidad de Vida en Pacientes Con Enfermedad Cerebrovascular Evaluados en un Hospital Venezolano

Quality Of Life In Patients With Stroke Evaluated In A Venezuelan Hospital

Elvira Hernández, MD¹, Juan Salazar, MD²

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), en los pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV) que acudieron al Servicio de Medicina Interna del Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe" en Maracaibo, Venezuela. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, con un diseño no experimental. La muestra estuvo representada por los primeros 80 pacientes con un primer evento de ECV evaluados en la consulta externa del mencionado hospital; para valorar la CVRS se utilizó la Escala de Calidad de Vida para el Ictus. **Resultados:** De los sujetos evaluados el 53,8% fueron mujeres, el promedio general de edad fue 60,7±9,4 años. El ictus isquémico fue el más frecuente, mientras que el 67,5% de los sujetos evaluados mostró algún grado de afectación en su CVRS, cuya mayor proporción fue de afectación moderada (36,3%) y afectación leve (27,5%). **Conclusión:** No se evidenciaron diferencias en la CVRS según tipo de ictus presentado, pese a que en la evaluación general la mayoría reportó una afectación leve a moderada de la calidad de vida, el análisis por dominio muestra una mayor afectación en las funciones sociales, actividades básicas y problemas físicos.

Palabras clave: calidad de vida, salud, enfermedad cerebrovascular, secuelas, déficit motor

Abstract

Objective: Determine the health related quality of life (HRQL) in patients with cerebrovascular disease (CVD) evaluated in the Internal Medicine outpatient service from the Hospital General Hospital del Sur "Dr. Pedro Iturbe" en Maracaibo, Venezuela. **Materials and Methods:** A descriptive and cross-sectional study was conducted, with a non-experimental design. The sample was represented by the first 80 patients with a new onset episode of CVD evaluated in the outpatient service from this hospital; to assess HRQL, the Quality of Life Scale for Stroke 38 was used. **Results:** Of the subjects evaluated, 53.8% were women, the overall age was 60.7±9.4 years. Ischemic stroke was the most frequent, while 67.5% of the subjects evaluated showed some degree of involvement in their HRQL, specially moderate (36.3%) and mild (27.5%) degree. **Conclusion:** no differences in HRQL were evidenced according to stroke type, although in general evaluation the majority reported a mild to moderate HRQL affectation, the analysis by domain shows a greater involvement in social functions, basic activities and physical problems.

Keywords: quality of life, health, cerebrovascular disease, sequelae, motor deficit

Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 29, N° 2, 2020

Introducción

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es un problema de salud pública a nivel mundial ocupa el segundo lugar de las causas de muerte, además es la principal causa de incapacidad o pérdida funcional de origen neurológico, afectando por lo general a adultos de mediana edad y a ancianos.¹ Según la Organización Mundial de

la Salud (OMS) aproximadamente 17,9 millones de personas mueren por ECV cada año, lo cual representa un 31% de todas las muertes a nivel mundial; más del 75% de esas muertes correspondían a habitantes de los países de ingresos bajos y medianos y un tercio en personas menores de 70 años.²

¹Programa de Posgrado de Medicina Interna Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe". Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela

²Centro de Investigaciones Endocrino Metabólicas "Dr. Félix Gómez". Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

Correspondencia:

Juan Salazar

MD Centro de Investigaciones Endocrino Metabólicas "Dr. Félix Gómez". Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

E-mail: juanjv18@hotmail.com

La ECV constituye una gran carga social, sanitaria y económica, pues genera una importante demanda de cuidados integrales y de inversión tanto para el paciente como para su familia en las instituciones de salud; igualmente repercute sobre la calidad de vida (CV), tal y como ocurre con los otros tipos de enfermedades crónicas y sus tratamientos.³ La CV de un paciente según la OMS se define como la “percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual vive con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.”²⁴ Por otra parte, la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) se ha definido como “el valor que se asigna a la duración de la vida que se modifica por la incapacidad, estado funcional, percepción individual y las consecuencias sociales para el individuo.”²⁵

Tomando en cuenta la elevada morbimortalidad que representa la ECV en la actualidad, además de los cambios físicos, psicológicos, sociales y económicos, que generan dichos eventos en la población afectada; y debido a la escasa existencia de estudios que valoren el impacto de esta enfermedad en la CV de los afectados en nuestra región, el objetivo de este estudio fue determinar la calidad de vida en los pacientes con un primer evento de enfermedad cerebrovascular que acuden al Servicio de Medicina Interna del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” de la ciudad de Maracaibo, Venezuela.

Materiales y métodos

Diseño de estudio y selección de la muestra

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal con un diseño no experimental en 80 pacientes de ambos géneros, que hayan padecido ECV y que acudieron a la Consulta de Medicina Interna del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” ubicado en el Municipio Maracaibo del Estado Zulia, en el periodo de tiempo comprendido entre febrero a julio de 2018. La selección de la muestra del presente estudio se realizó a través de un muestreo no probabilístico intencional, siguiendo los siguientes criterios de inclusión: pacientes de ambos géneros, con edades entre 18 y 70 años, que hayan tenido un primer evento cerebrovascular al menos 6 meses previos a la consulta; mientras que los criterios de exclusión fueron pacientes con diagnóstico de demencia vascular o algún otro tipo de demencia, pacientes con enfermedades terminales crónicas (ya que estas condiciones puede influir sobre la calidad de vida de manera independiente al evento cerebrovascular) y que se opusieran a participar en la investigación.

Evaluación de los pacientes

A cada paciente seleccionado e incluido en la investigación se le explicó en qué consistía la misma, solicitándole además su autorización para su participación. En la historia clínica de la consulta se investigaron los siguientes datos: género, edad, procedencia, estado civil,

grado de instrucción, ocupación, además se investigó con que personas y/o familiares convive el paciente (padres, hijos, esposa o esposo e hijo). Además de la presencia de factores de riesgo para padecer ECV como: presencia de hábitos psicosociales (tabáquico, caféico y/o alcohólico), presencia de comorbilidades (hipertensión, diabetes mellitus, asma bronquial, cardiopatías, trastornos del ritmo cardiaco, nefropatías, etc.), sedentarismo, alteraciones en el perfil lipídico; y por último, trastornos ponderales a través de la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC), para la determinación del diagnóstico antropométrico se procedió a pesar y medir al paciente, por medio de una balanza y un tallímetro respectivamente; posteriormente se aplicó la fórmula: $IMC = \text{Peso} / \text{Estatura}^2$, clasificándose en <18,5 (bajopeso), 18,5-24,9 (normopeso), 24,9-29,9 (sobrepeso), 30 o más (Obesidad).

Seguidamente se evaluaron las características clínicas de la enfermedad como: tipo de ECV clasificándola en isquémica o hemorrágica, tiempo de evolución de la ECV (≤ 12 meses, > 12 meses), tiempo de evolución intrahospitalaria, presencia de complicaciones agudas y presencia de secuelas (afasia, disartria, hemiplejía, hemiparesia, otros).

Por último, se evaluó la CVRS a través de la aplicación de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38), es el primer instrumento de calidad de vida específica de ictus desarrollado en lengua hispana.⁶ La ECVI-38 podrá ser aplicada por un entrevistador sin necesidad de alta calificación, sino con un adiestramiento básico, en los pacientes con limitaciones para responder las preguntas, debido a alteraciones cognitivas o del lenguaje, la ECVI puede ser respondida por el cuidador, quien debe ser la persona más allegada. La ECVI-38 está conformada por 38 ítems, agrupados en ocho dominios que recogen aspectos de todos los estados de salud: 1) Problemas físicos, 2) Comunicación, 3) Cognición, 4) Emociones, 5) Sentimientos, 6) Actividades básicas de la vida, 7) Actividades comunes de la vida diaria y 8) Funciones sociales. Para responder los ítems se utiliza una escala Likert ordinal con 5 posibilidades de respuesta, en la que 5 representa la peor situación en el aspecto evaluado y 1 la ausencia, del problema.

Para calcular la puntuación de los dominios de la escala se adopta la estrategia utilizada en el cuestionario de salud SF-36 y el SIS, la fórmula “Puntuación = $(\text{media} - 1/5 - 1) \times 100$.” La puntuación total de la escala se obtiene del promedio de la puntuación de los dominios. Para categorizar las respuestas se realizó una equivalencia entre la escala de respuesta de los ítems y la puntuación total; escala de respuesta de los ítems: 1 = clasificación de la respuesta: <25 (Sin afectación), escala de respuesta de los ítems: 2 = clasificación de la respuesta: 25-50 (Afectación Leve), escala de respuesta de los ítems: 3 = clasificación de la respuesta: 50-75 (Afectación Moderada), escala de respuesta de los ítems: 4 o más = clasificación de la respuesta: 75 o más (Afectación Grave).

Análisis Estadístico

Una vez recolectada la información se diseñó una hoja de tabulación de datos, para facilitar el vaciado de los mismos. Los resultados fueron expresados como media \pm DE, otros en cifras absolutas y porcentajes, se utilizó la prueba de t de student para establecer las diferencias significativas entre las variables continuas y Chi cuadrado para variables categóricas. El nivel alfa fue fijado en 0,05. Todos los análisis se realizaron mediante el uso del programa estadístico SPSS versión 20 para Windows (Chicago IL).

Tabla 1. Factores sociodemográficos asociados al tipo de ictus.

	Ictus isquémico		Ictus hemorrágico		χ^2 (P)*
	n	%	n	%	
Género					4,66 (0,03)
Femenino	30	63,8%	13	39,4%	
Masculino	17	36,2%	20	60,6%	
Estado civil					11,19 (0,02)
Soltero	6	12,8%	3	9,1%	
Casado	21	44,7%	26	78,8%	
Unión libre	4	8,5%	2	6,1%	
Divorciado	4	8,5%	1	3,0%	
Viudo	12	25,5%	1	3,0%	
Grado Educativo					14,42 (<0,01)
Analfabeta	1	2,1%	0	0,0%	
Primaria	23	48,9%	4	12,1%	
Secundaria	19	40,4%	27	81,8%	
Universitaria	4	8,5%	2	6,1%	
Condición Laboral					6,28 (0,04)
Desempleado	19	40,4%	9	27,3%	
Empleado	8	17,0%	14	42,4%	
Oficios del hogar	20	42,6%	10	30,3%	
Familiar con quien vive					17,53 (<0,01)
Cónyuge	17	36,2%	21	63,6%	
Hijo	24	51,1%	3	9,1%	
Padres	0	0,0%	0	0,0%	
Hermanos	0	0,0%	1	3,0%	
Cónyuge + Hijo	5	10,6%	8	24,2%	
Otros	1	2,1%	0	0,0%	
Edad (años) Media \pm DE	63 \pm 8		57,4 \pm 10,3		0,01**
Total	47	58,8%	33	41,2%	

*Prueba Chi Cuadrado

**Prueba t de student

Resultados

De los 80 pacientes evaluados, el 53,8% (n=43) fueron mujeres, con un promedio de edad de la muestra 60,7 \pm 9,4 años. Los principales factores asociados al tipo de ictus se muestran en la Tabla 1; el promedio de edad fue más bajo en los sujetos con ictus hemorrágico, este tipo de ictus fue más frecuente en los sujetos que vivían con su cónyuge (63,6%), en los sujetos con educación secundaria (81,8%), con estado civil casados (78,8%), empleados (42,4%) y hombres (60,6%). En relación a los hábitos y comorbilidades, el sedentarismo se asoció con la presencia de ictus hemorrágico; mientras que el hábito caféico y el trastorno del ritmo cardíaco se relacionaron con la presencia de ictus isquémico (Tabla 2).

Tabla 2. Hábitos y comorbilidades asociadas al tipo de ictus.

	Ictus isquémico		Ictus hemorrágico		χ^2 (P)*
	n	%	n	%	
Hábito caféico					4,92 (0,03)
No	5	10,6%	10	30,3%	
Si	42	89,4%	23	69,7%	
Sedentarismo					4,29 (0,04)
No	11	23,4%	2	6,1%	
Si	36	76,6%	31	93,9%	
Trastorno del ritmo cardíaco					4,61 (0,03)
No	38	80,9%	32	97,0%	
Si	9	19,1%	1	3,0%	

El 67,5% de los sujetos evaluados mostro algún grado de afectación en su CVRS, cuya mayor proporción fue de afectación moderada (36,3%) y afectación leve (27,5%) (Figura 1). Sin embargo, al evaluar los dominios individuales de la escala utilizada, las fun-

Figura 1. Distribución de sujetos según afectación de la calidad de vida relacionada a la salud.

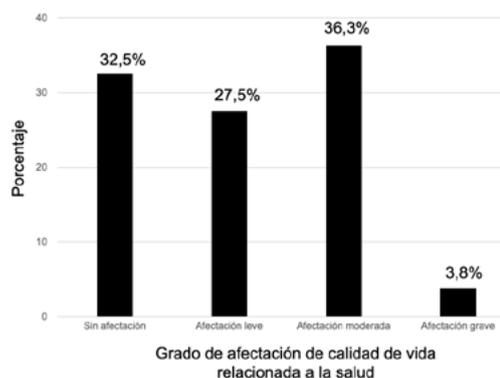


Tabla 3. Distribución de sujetos según afectación de la calidad de vida y dominio de la escala.

	Problemas Físicos		Comunicación		Cognición		Emociones		Sentimientos		Actividades Básicas		Actividades Comunes		Funciones Sociales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de afectación																
Sin afectación	16	20,0	42	52,5	38	47,5	19	23,8	25	31,3	21	26,3	17	21,3	16	20,0
Afectación leve	22	27,5	27	33,8	31	38,8	37	46,3	30	37,5	19	23,8	20	25,0	22	27,5
Afectación moderada	24	30,0	0	,0	8	10,0	19	23,8	22	27,5	17	21,3	27	33,8	13	16,3
Afectación grave	18	22,5	11	13,8	3	3,8	5	6,3	3	3,8	23	28,8	16	20,0	29	36,3

Figura 2. Puntuación de calidad de vida relacionada a la salud según tipo de ictus.

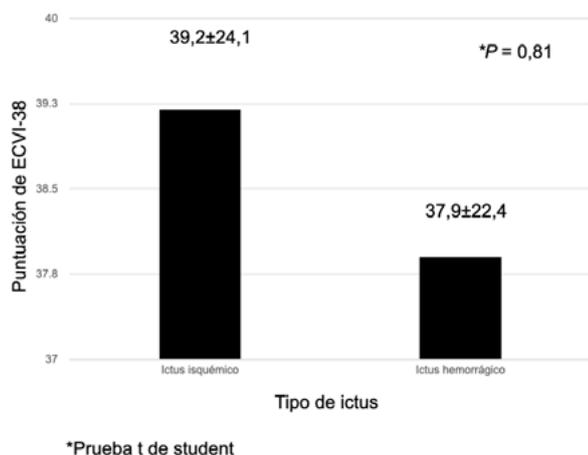
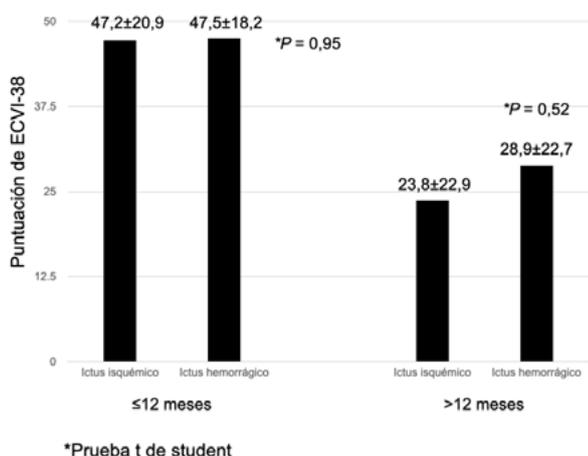


Figura 3. Puntuación de calidad de vida relacionada a la salud según tipo de ictus y tiempo de evolución.



ciones sociales (36,3%), actividades básicas (28,8%) y problemas físicos (22,5%) fueron los que presentaron mayor afectación grave (Tabla 3).

Al evaluar el promedio de CVRS según tipo de ictus, no se evidenciaron diferencias estadísticamente signifi-

cativas entre ambos grupos (Figura 2), resultados que se mantuvieron al dividir según el tiempo de evolución del evento cerebrovascular (Figura 3).

Discusión

La ECV constituye la primera causa de discapacidad grave del adulto en los países desarrollados, la afectación de la CV va más allá de la discapacidad que genera ya que son múltiples los aspectos de la vida diaria que se comprometen en el sujeto afectado, adicionalmente el ictus es una entidad con alto riesgo de recurrencia en aquellos sobrevivientes, por lo cual la inseguridad y el temor constante es otro de los aspectos que pueden afectar su CV.⁷ Por ello en esta investigación llevada a cabo en la consulta de un hospital terciario de la ciudad de Maracaibo, se determina la CVRS en los pacientes con antecedente de un primer evento de ECV tras al menos 6 meses de haber ocurrido, excluyéndose pacientes con otras condiciones clínicas que pudieran influir en la CV.

Inicialmente es importante mencionar las características relacionadas al ictus observadas en nuestros pacientes, la mayor frecuencia de ictus isquémico es un comportamiento evidenciado en diversos reportes a nivel mundial tal como lo plantea Pérez et al.² en un análisis en 318 historias clínicas de una institución de tercer nivel en la ciudad de Armenia (Quindío, Colombia) entre 2005 y 2007, donde evidenciaron un porcentaje de 61,9% de ictus isquémicos; asimismo, resultados en Brasil, Argentina, entre otros muestran un predominio del ictus isquémico sobre el hemorrágico.^{8,9}

En cuanto a los hábitos y comorbilidades resulta preocupante la alta frecuencia de hábitos nocivos como el consumo de cigarrillos, alcohol y sedentarismo en sujetos con antecedente de un evento vascular; si bien la descripción de los hábitos no han sido detallados en cuanto al tipo, cantidad, y frecuencia, es necesario incentivar medidas preventivas dadas las altas probabilidades de recurrencia o aparición de eventos cardiovasculares que pueden ser potencialmente fatales. El perfil de comorbilidades es similar al mostrado en estudios previos,^{2,10} destacando el alto porcentaje de hipertensión arterial por lo

cual su identificación y control temprano debe ser una meta fundamental en nuestro sistema de salud.

Por su parte, en relación el comportamiento de los factores sociodemográficos asociados al tipo de ictus, la mayor frecuencia de ictus hemorrágico en hombres y de ictus isquémico en mujeres, así como pacientes con trastornos del ritmo cardíaco, es un comportamiento descrito en la mayoría de análisis epidemiológicos a nivel mundial.¹¹ No obstante, el papel de factores como el hábito caféico, el sedentarismo, las características sociodemográficas como: el estatus laboral, el estado civil, el grado educativo también han mostrado comportamientos particulares en ciertas poblaciones,^{12,13} y requieren futuros análisis que evalúen su relación en un contexto multivariante.

En relación a la CVRS, existen diferencias entre los hallazgos de las diversas investigaciones probablemente asociado a la diversidad de instrumentos o cuestionarios empleados para la valoración de la CV, pese a que nuestros resultados muestran un importante número de sujetos sin afectación en la CV o con una afectación leve al emplear la ECVI-38, es preciso evaluar de manera detallada cada uno de los dominios que lo conforman, ante los puntajes dispares que pueden existir entre los mismo. En este sentido, Rodríguez et al.¹⁴, en un estudio descriptivo transversal en sujetos de 3 instituciones españolas con servicio de terapia ocupacional, en los cuales utilizaron la ECVI-38, demostraron que los dominios con mayor afectación fueron el estado físico y las actividades instrumentales de la vida diaria, con una percepción de afectación leve y bastante recuperación desde la ocurrencia del ictus; resultados muy similares a los evidenciados en nuestra investigación. No obstante, es necesaria la realización de futuras investigaciones de seguimiento en estos pacientes que permitan valorar los cambios en la CVRS en relación al tiempo.

En contraparte, los hallazgos de Martins et al.¹⁵ muestran en un grupo de pacientes brasileños que presentaron ictus, un importante porcentaje de discapacidad moderada a severa (47,8%) pero empleando la Escala de COOP WONCA. Mientras que Anicama et al.¹ evidenciaron en un grupo de pacientes que acudieron a la consulta externa de un hospital peruano, una mayor afectación del rol emocional y el rol físico al aplicar el cuestionario SF-36 V.2. Siendo necesario por ende la realización de estudios que determinen cuál de los cuestionarios podría tener más utilidad en el contexto latinoamericano. La afectación más severa en los dominios de actividades básicas y funciones sociales en nuestra población, demuestra que estas son las áreas que deben abordarse de manera más precoz por parte de los servicios de rehabilitación y que deben discutirse desde la estancia intrahospitalaria con el paciente y su familia, con el fin de lograr un mayor conocimiento de las secuelas y una mayor adherencia a la terapia para prevención secundaria.

Finalmente, la ausencia de diferencias en el promedio del puntaje de calidad de vida según el tipo ictus, incluso dentro del primer año; puede deberse a que los pacientes con ictus hemorrágico seleccionados no presentaron hematomas intraparenquimatosos de gran volumen, los cuales en nuestro entorno suelen tener un curso fatal. Sin embargo, el tiempo de evolución si mostró diferencias en la percepción de CVRS a partir del año de ocurrido el evento. Entre las limitaciones de nuestro estudio se encuentra el tamaño y selección muestral que imposibilita generalizar los resultados a toda la población con esta patología, así como la falta de seguimiento en el nivel de CV en los años sucesivos al evento, y la localización de la injuria cerebral ya que este dato no fue precisado imagenológicamente por varios pacientes en la primera consulta; aspectos que deben ser abordados en futuros análisis.

Conclusión

En pacientes con ECV evaluados en consulta externa de un hospital venezolano, la forma de presentación más frecuente fue el ictus isquémico, el cual se asoció con el género femenino, mayor promedio de edad, sujetos viudos, aquellos con hábito caféico y trastorno del ritmo cardíaco; mientras que el ictus hemorrágico se relacionó al sedentarismo y características sociodemográficas como: estar casado y educación secundaria. Del 67,5% de sujetos que reportaron afectación de la CVRS, la mayoría presentaron afectación leve a moderada. Sin embargo, en el análisis por dominios las funciones sociales y las actividades básicas fueron las que mostraron un mayor porcentaje de afectación grave. No se evidenciaron diferencias en la percepción de CVRS según el tipo de ictus incluso considerando el tiempo transcurrido del evento.

Por ello se recomienda promover la rehabilitación precoz desde la estancia intrahospitalaria en los pacientes afectados por ictus según el criterio clínico, especialmente en las actividades básicas y funciones sociales. Asimismo, llevar a cabo futuras investigaciones que evalúen de forma multivariante el perfil de factores de riesgo según el tipo de ictus presentado, para establecer estrategias preventivas individualizadas y evaluar la calidad de vida con cuestionarios estandarizados, que permitan conocer el comportamiento en cada uno de los aspectos de la vida cotidiana del paciente, dada la subestimación en el porcentaje de afectación que puede generar el análisis general.

Referencias

1. Anicama A., Vásquez K. Pineda A. Calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular que acudieron a consultorio externo de neurología del Hospital Regional de Ica, Perú 2010-2011. Rev. Méd. Panacea. 2012;2 (2):45-49.

2. World Health Organization. Cardiovascular diseases. Fact sheets 2019; Disponible: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1 (Consultado: 09/05/2020).
3. Silva A, Támara C, Álvarez A, Londoño M, Alonso L. Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*. 2009;25 (1): 73-79.
4. Silva F, Zarruk J, Quintero C, Arenas W, Rueda-Clausen C, Silva S, et al. Enfermedad cerebrovascular en Colombia. *Rev Colom Cardiol*. 2006;13 (2): 85-89.
5. Khanna D, Tsevat J. Health-related quality of life-an introduction. *Am J Manag Care*. 2007;13 Suppl 9:S218-23.
6. Fernández O, Ramírez M, Buergo M. Validación de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38). *Rev Neurol*. 2008;46: 147-52.
7. Taboada RB, Falcón DA, Gómez CJ, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad cerebrovascular a los dos años de supervivencia. *Medisur*. 2007;5(1):41-47.
8. Martins Jr AN, Figueiredo MM, Rocha OD, et al. Frequency of stroke types at an emergency hospital in Natal, Brazil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2007;65(4b): 1139-1143.
9. Rotta R, Lourido M, Melcón C, Curatolo L. Accidente cerebrovascular en la policlínica bancaria: Registro de 1.699 eventos consecutivos. *Rev Neurol Argentina*. 2003;28 (2): 91-95.
10. Zhang Y, Galloway JM, Welty TK, et al. Incidence and risk factors for stroke in American indians. The Strong Heart Study. *Circulation*. 2008;118: 1577-1584.
11. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the interstroke study): A case-control study. *Lancet*. 2010;376:112-123.
12. Andersen, K.K., Olsen, T.S. Married, unmarried, divorced, and widowed and the risk of stroke. *Acta Neurol Scand*. 2018;138(1):41-46.
13. Cabral NL, Longo A, Moro C, et al. Education level explains differences in stroke incidence among city districts in Joinville, Brazil: a three-year population-based study. *Neuroepidemiology*. 2011;36(4):258-64.
14. Rodríguez S, Fernández E, Sánchez C. Estudio sobre la percepción de la calidad de vida que presentan pacientes que han sufrido un ictus a través de la ECVI-38. *TOG (A Coruña)*. 2017;14(25):148-158.
15. Martins O, Ribeiro J, Garrett C. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. *Rev Neurol*. 2006;13: 655-9.