

ORIGINAL

Diferencias de género en la calidad de vida a largo plazo tras un ictus: influencia del estado funcional y el estado de ánimo



F. López Espuela^{a,*}, J.C. Portilla Cuenca^b, C. Leno Díaz^a,
J.M. Párraga Sánchez^c, G. Gamez-Leyva^b e I. Casado Naranjo^b

^a Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura, Cáceres, España

^b Departamento de Neurología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, España

Recibido el 9 de mayo de 2017; aceptado el 16 de octubre de 2017

PALABRAS CLAVE

Ictus;
Calidad de vida;
Dependencia;
Estado de ánimo

Resumen

Objetivos: Valorar la calidad de vida (cV) a largo plazo en pacientes que presentaron un ictus y analizar si existen diferencias entre sexos.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal. El estudio fue aprobado por el Comité Ético. Se recogieron datos sociodemográficos, factores de riesgo, datos sobre la CV, el estado de ánimo y el estado funcional mediante escalas validadas.

Resultados: La muestra final obtenida fue de 124 pacientes. La edad media fue 71,30 años (DE: 11,99). En el estudio de la CV, las dimensiones que presentaron más problemas en el cuestionario EuroQol-5D fueron las de ansiedad/depresión (66,7%) y dolor/malestar (62,2%). Hubo diferencias significativas entre mujeres y hombres en las dimensiones movilidad y actividades cotidianas ($p=0,016$ y $p=0,005$). Y en el índice de salud del EQ-5D, también fue peor el resultado en mujeres que en hombres ($0,45 \pm 0,45$ vs. $0,65 \pm 0,38$; $p=0,013$). La CV se relacionó con la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria ($r=0,326$; $p=0,001$) y con el estado de ánimo deprimido ($r=-0,514$; $p<0,0001$). El modelo de predicción, para el índice del cuestionario de CV EQ-5D, estableció que el 72% de la puntuación obtenida en la CV estaría explicada por el estado funcional, la dependencia en las actividades de la vida diaria y el estado de ánimo, mientras que el estar casado aparece como factor protector.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fidel.lopez.es@gmail.com (F. López Espuela).

Conclusión: La CV de los supervivientes a un ictus está afectada negativamente a largo plazo. Son las mujeres las que manifiestan una CV peor, sobre todo en las dimensiones de movilidad y actividades cotidianas.

© 2017 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Stroke;
Quality of life;
Dependence;
Mood

Sex differences in long-term quality of life after stroke: Influence of mood and functional status

Abstract

Objective: To evaluate long-term quality of life (QoL) in patients who have experienced a stroke and to analyse differences in QoL between sexes.

Methods: We conducted a descriptive, cross-sectional, observational study to gather sociodemographic variables and risk factors; data were also obtained on QoL, mood, and functional status using validated scales. The study was approved by our centre's ethics committee.

Results: Our final sample included 124 patients; mean age was 71.30 ± 11.99 years. In the QoL study, the EuroQoL-5D dimensions in which participants presented most problems were anxiety/depression (66.7%) and pain/discomfort (62.2%). We found significant inter-sex differences in the dimensions of mobility and usual activities ($P = .016$ and $P = .005$, respectively). Women also achieved substantially poorer EuroQoL-5D index values than men (0.45 ± 0.45 vs. 0.65 ± 0.38 ; $P = .013$). QoL was found to be associated with dependence for the activities of daily living ($r = 0.326$; $P = .001$) and depressed mood ($r = -0.514$; $P < .0001$). According to the predictive model for the EQ-5D index, 72% of the score on QoL items is explained by functional status, dependence for the activities of daily living (basic and instrumental), and depressed mood. Being married, in contrast, seems to be a protective factor.

Conclusion: Stroke survivors have poor long-term QoL; this is more marked in women than in men, especially in the dimensions of mobility and usual activities.

© 2017 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El ictus constituye en la actualidad un problema de salud pública de primer orden, pues genera un importante coste personal, familiar y social^{1,2}. El envejecimiento de la población y otros cambios sociodemográficos apuntan a que las enfermedades cerebrovasculares seguirán aumentando progresivamente a pesar del mejor control de los factores de riesgo³.

En los últimos años, los resultados en salud declarados por los pacientes han ido adquiriendo mayor relevancia, tanto en la práctica clínica como en la planificación sanitaria⁴. El modelo médico tradicional clásicamente ha considerado los resultados de una intervención terapéutica en forma de «curación», «remisión» o «recurrencia»; sin embargo, estos resultados no pueden aplicarse a enfermedades crónicas, al no tener en cuenta la repercusión de la enfermedad sobre la vida del paciente en sus vertientes familiar, social o laboral⁵. Todo esto ha provocado el interés por los aspectos psicosociales de la enfermedad, y tiende a valorar la expectativa de vida no como un aumento de los años vividos sino como un incremento de la calidad de vida⁶, incorporando estos términos a los resultados clínicos.

La autopercepción del estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) aportan información complementaria a los indicadores de salud tradicionales⁷ y proporcionan una información más específica sobre el estado

de salud del paciente y la efectividad de las intervenciones terapéuticas desde su perspectiva⁸.

Todo esto, en el caso del ictus, tanto por la gravedad como por las áreas a las que puede afectar (cognitiva, sensitivo-motora, funcional y psicopatológica) es imprescindible y resulta clave valorar su repercusión en la vida de los supervivientes, en términos de CVRS, además de valorar la discapacidad y la supervivencia⁶.

El objetivo de nuestro trabajo fue valorar la CVRS a largo plazo en pacientes que presentaron un ictus y analizar si existían diferencias entre sexos en cuanto a la percepción de la calidad de vida. Y determinar los factores asociados con una peor CVRS.

Pacientes y métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal, realizado entre los meses de noviembre de 2014 y junio de 2015. La muestra del estudio la constituyeron los pacientes que habían presentado un ictus entre los meses de septiembre de 2009 y junio de 2010 y habían estado ingresados en la Unidad de Ictus (UI) de nuestro hospital.

Se excluyeron aquellos pacientes afásicos y con deterioro cognitivo moderado o severo con los que la comunicación no sería adecuada.

La selección de los participantes se realizó a través de la base de datos disponible en la UI, se contactó telefónicamente con ellos y fueron informados de la finalidad del estudio. En caso de querer participar, se concertó una entrevista con el paciente en el hospital para cumplimentar los cuestionarios que nos permitían valorar la calidad de vida, el estado funcional y el estado de ánimo. La entrevista se llevó a cabo en una consulta del hospital, en un ambiente tranquilo, que garantizaba la intimidad y la confidencialidad.

Se recogieron datos sociodemográficos, factores de riesgo y comorbilidades. Se utilizó el cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D)⁹ para determinar la CVRS y el índice de Barthel (IB)¹⁰ para cuantificar el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la escala de Lawton y Brody¹⁰ para conocer el nivel funcional en las actividades instrumentales. El estado de ánimo se evaluó mediante la escala de depresión de Hamilton^{11,12}.

Descripción de las herramientas utilizadas

Cuestionario de Calidad de Vida EuroQol-5D⁹: es un instrumento genérico de medición de la CVRS con el que el propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala de valoración analógica (EVA) de evaluación más general. El sistema descriptivo contiene 5 dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene 3 niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). La parte de la EVA vertical de 20 cm milimetrada va del 0 (peor estado de salud imaginable) al 100 (mejor estado de salud imaginable). El uso de la EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo. Además, el estado de salud se puede convertir en un índice sintético único mediante la aplicación de una fórmula que pondera cada uno de los niveles en cada dimensión. Cada estado de salud recibe un valor de acuerdo con un conjunto particular de pesos o conjuntos de valores que miden los estados de salud. El índice oscila entre el valor 1 (mejor estado de salud) y el 0 (la muerte), aunque existen valores negativos para el índice, correspondientes a aquellos estados de salud que son valorados como peores que la muerte.

Índice de Barthel¹⁰: evalúa el nivel de dependencia en las ABVD, sus valores oscilan entre 0 (mayor dependencia) y 100 (independencia).

Sus resultados globales se han agrupado en categorías de dependencia: dependencia total (puntuación entre 0 y 20); dependencia grave (21-40 puntos); dependencia moderada (41-60 puntos); dependencia leve (61-90 puntos) e independencia (91-100 puntos).

La escala de Lawton y Brody¹⁰: evalúa las capacidades funcionales según diferentes niveles de competencia, en particular la autonomía física e instrumental en actividades de la vida diaria, de forma que la podemos utilizar para completar la información sobre la capacidad funcional que hayamos podido obtener al calcular el IB. Consta de 8 ítems que valoran actividades instrumentales de la vida diaria. Cada uno de los ítems tiene varias posibles respuestas a las que se asigna el valor numérico 1 o 0. La puntuación final

oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

La escala de Hamilton para la depresión^{11,12}: es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión; es una de las más empleadas para observar posibles trastornos afectivos y para evaluar el estado de ánimo¹².

La validación de la versión español fue realizada en 1986¹¹. Cada ítem tiene entre 3 y 5 posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4, respectivamente. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión son los recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana y la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto¹².

Confidencialidad y consideraciones éticas

Los pacientes firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio. Los datos recogidos fueron informatizados de forma disociada y anónima para respetar la confidencialidad y el anonimato del paciente. A estos datos solo tuvo acceso el investigador principal.

El estudio cumplió los requisitos y normas oficiales vigentes y los de la Declaración de Helsinki. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del hospital.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables recogidas. Las variables categóricas fueron descritas mediante porcentajes y las variables cuantitativas mediante la media y la desviación estándar (DE). Se establecieron relaciones entre variables, empleando χ^2 para las variables cualitativas. Para comparar las variables cuantitativas se realizó el test de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) y se emplearon, según siguieran normalidad o no, los test paramétricos (t de Student, ANOVA o coeficiente de Pearson) y no paramétricos (U de Mann-Whitney, Kruskal Wallis o coeficiente de Spearman). Además, se analizó el riesgo relativo (*odds ratio*) y se realizó un estudio predictivo mediante regresión lineal multivariante. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS v. 20 para Windows, con una significación estadística α del 0,05.

Resultados

Entre septiembre de 2009 y junio de 2010, ingresaron 218 pacientes. En el momento del estudio, 38 de ellos habían fallecido, 19 presentaban demencia o afasia, 15 pacientes estaban ilocalizables, 20 rehusaron participar en el estudio o bien eran de otras provincias y encontraron dificultades para desplazarse a la consulta. Por tanto, la muestra final fue de 124 pacientes.

La edad media fue de 71,30 (DE: 11,99), superior en mujeres (73,58 años; DE: 12,47) que en los varones (70,00 años; DE: 11,59) sin ser estadísticamente significativa ($p=0,111$). Las características sociodemográficas de los pacientes se recogen en la [tabla 1](#). La mayor parte de los

pacientes estaban casados y tenían unos ingresos mensuales entre 500 y 1.000 €. El 97,6% de la muestra consumía al menos un fármaco y el 21% había presentado un ictus recurrente.

En la [tabla 2](#) se muestran los factores de riesgo: los más prevalentes fueron la hipertensión arterial (64,5%), las dislipidemias (49,2%) y las enfermedades cardíacas (38,2%). Se observaron diferencias entre hombres y mujeres en los hábitos tóxicos (consumo de alcohol y tabaco).

En cuanto a la obesidad y su distribución por sexos, se observó que solo el 27,4% de la muestra estaba en normopeso

(el 26,2% de las mujeres y el 28,0% de los hombres), mientras que casi el 50% presentaba sobrepeso.

Sobre la calidad de vida

Cuando se le preguntó al paciente cómo consideraba su salud, casi un 33,9% la consideraba regular o mala. La [tabla 3](#) muestra los resultados de las diferentes dimensiones del cuestionario EuroQol-5D, diferenciando por sexo. Las dimensiones que presentaron más problemas (moderados o graves) en este cuestionario fueron las de ansiedad/depresión

Tabla 1 Características sociodemográficas

Variables sociodemográficas	Casos (N = 124) N (%)	Mujeres N = 45 (36,3%)	Hombres N = 79 (63,7%)
<i>Convivencia</i>			
Solo	16 (12,9)	9 (20,0)	7 (8,9)
Institucionalizado	11 (8,9)	4 (8,9)	7 (8,9)
Pareja	82 (66,1)	22 (48,9)	60 (75,9)
Otros familiares	15 (12,1)	10 (22,2)	5 (6,3)
<i>Estado civil</i>			
Casado	83 (66,9)	23 (51,1)	60 (75,9)
Soltero/divorciado	13 (10,5)	1 (2,2)	12 (15,2)
Viudo	28 (22,6)	21 (46,7)	7 (8,9)
<i>Nivel de estudios</i>			
Sin estudios	14 (11,3)	6 (13,3)	8 (10,1)
Estudios primarios	87 (70,2)	33 (73,4)	54 (68,4)
Bachiller o FP	13 (10,4)	2 (4,4)	11 (13,9)
Estudios universitarios	10 (8,1)	4 (8,9)	6 (7,6)
<i>Nivel de ingresos (mensuales)</i>			
Menos de 500 €	17 (5,6)	3 (6,7)	4 (5,1)
Entre 500 y 1.000 €	72 (58,1)	30 (66,6)	42 (53,1)
Entre 1.000 y 1.500 €	27 (21,8)	8 (17,8)	19 (24,1)
Más de 1.500 €	18 (14,5)	4 (8,9)	14 (17,7)
<i>Situación laboral</i>			
Activo	18 (14,5)	5 (11,1)	13 (16,5)
Jubilado	90 (72,6)	38 (84,5)	52 (65,8)
Incapacidad permanente	16 (12,9)	2 (4,4)	14 (17,7)
<i>Recibe ayudas públicas</i>			
Sí	17 (13,7)	8 (17,8)	9 (11,4)
No	107 (86,3)	37 (82,2)	70 (88,6)

Tabla 2 Factores de riesgo

Factores de riesgo	Total n (%)	Mujeres N = 45 n (%)	Hombres N = 79 n (%)	p
Hipertensión	80 (64,5)	32 (71,1)	48 (60,8)	0,247
Dislipidemias	61 (49,2)	19 (42,2)	42 (53,2)	0,241
Enferm. cardíacas (cardiopatías y arritmias)	47 (38,2)	21 (46,7)	26 (33,3)	0,143
Obesidad central según perímetro abdominal ^a	64 (56,6)	27 (67,5)	37 (50,7)	0,085
Diabetes	29 (23,4)	8 (17,8)	21 (26,6)	0,265
Sedentarismo	46 (37,1)	19 (42,2)	27 (34,2)	0,373
Tabaquismo	10 (8,1)	0 (0,0)	10 (12,8)	<0,001
Consumo de alcohol	21 (17,1)	0 (0,0)	21 (26,9)	<0,001

^a En mujeres >88 cm y en hombres >102 cm.

Tabla 3 Cuestionario de calidad de vida EuroQol-5D: distribución por sexos

Dimensiones	Ítems	Mujeres n (%)	Varones n (%)	Total n (%)	p
Movilidad	No tengo problemas para caminar	21 (46,7)	56 (70,9)	77 (62,1)	0,016
	Tengo algunos problemas para caminar	21 (46,6)	22 (27,8)	43 (34,7)	
	Tengo que estar en la cama	3 (6,7)	1 (1,3)	4 (3,2)	
Cuidado personal	No tengo problemas con el cuidado personal	27 (60,0)	59 (74,7)	86 (69,4)	0,148
	Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	10 (22,2)	14 (17,7)	24 (19,3)	
	Soy incapaz de lavarme o vestirme	8 (17,8)	6 (7,6)	14 (11,3)	
Actividades cotidianas (por ej. trabajar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)	No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	18 (40,0)	54 (68,4)	72 (58,1)	0,005
	Algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	19 (42,2)	14 (17,7)	33 (26,6)	
	Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	8 (17,8)	11 (13,9)	19 (15,3)	
Dolor/malestar	No tengo dolor ni malestar	17 (37,8)	39 (49,4)	56 (45,2)	0,386
	Tengo moderado dolor o malestar	17 (37,8)	27 (34,1)	44 (35,4)	
	Tengo mucho dolor o malestar	11 (24,4)	13 (16,5)	24 (19,4)	
Ansiedad/depresión	No estoy ansioso ni deprimido	15 (33,3)	39 (49,4)	54 (43,5)	0,130
	Estoy moderadamente ansioso o deprimido	20 (44,5)	31 (39,2)	51 (41,2)	
	Estoy muy ansioso o deprimido	10 (22,2)	9 (11,4)	19 (15,3)	

(66,7%), dolor/malestar (62,2%) y actividades cotidianas (60,0%). Se obtuvieron diferencias entre mujeres y hombres en las dimensiones de movilidad ($p = 0,016$) y en la de actividades cotidianas ($p = 0,005$). En el índice de salud del EQ-5D, también se hallaron diferencias significativas entre mujeres y hombres: los varones fueron los que mostraron una mejor calidad de vida (0,45 puntos de las mujeres con DE: 0,45 frente a 0,65 puntos de los varones, con DE: 0,38; $p = 0,013$).

La puntuación en la (EVA de la calidad de vida se relacionó con la independencia en las ABVD (ÍB) ($r = 0,326$; $p < 0,001$) de tal forma que dijeron tener mejor calidad de vida quienes tenían más independencia en estas actividades (a). Así, los pacientes independientes en las ABVD puntuaban mucho mejor en la EVA de calidad de vida que los dependientes (71,04 puntos con DE: 18,96 vs. 53,37 puntos con DE: 20,67; $p < 0,001$).

Además, se observó que la calidad de vida, valorada según la EVA, estaba inversamente relacionada con el estado de ánimo ($r = -0,514$; $p < 0,0001$); de forma que a mayor puntuación en la escala de depresión de Hamilton, peor percepción en la calidad de vida (fig. 1b). Aquellos pacientes con estado de ánimo deprimido puntuaban peor en la EVA (51,30 con DE: 19,91 vs. 72,68 con DE: 17,87; $p < 0,001$).

Los problemas de sueño (insomnio precoz, intermedio o tardío) también se relacionaron con una peor calidad de vida. Así, los pacientes que no tenían problemas de sueño puntuaban 72,34 (DE: 18,52) frente a los que sí tenían problemas de sueño que puntuaban 55,77 (DE: 21,02) ($p < 0,001$). Sin embargo, no se hallaron otras asociaciones entre la puntuación en la escala EVA de la calidad de vida con otras variables como la edad ($p = 0,111$) o la obesidad ($p = 0,795$).

Encontramos una relación estadísticamente significativa entre la presencia de dolor/malestar y una puntuación más baja en la escala EVA de la calidad de vida (los pacientes que no tenían dolor puntuaron 71,75 con DE: 20,03 y los que sí tenían puntuaron 57,72 con DE: 20,54; $p < 0,001$). De igual forma, se halló una relación significativa entre el dolor y la dependencia, tanto en actividades básicas como en las instrumentales de la vida diaria ($p = 0,037$ y $p = 0,025$, respectivamente).

La tabla 4 muestra el análisis de riesgo entre las dimensiones del cuestionario de calidad de vida EQ-5D y el estado de ánimo diferenciando según el sexo. Excepto la dimensión dolor/malestar, el resto de las dimensiones sí se relacionaron con la depresión tanto en hombres como en mujeres.

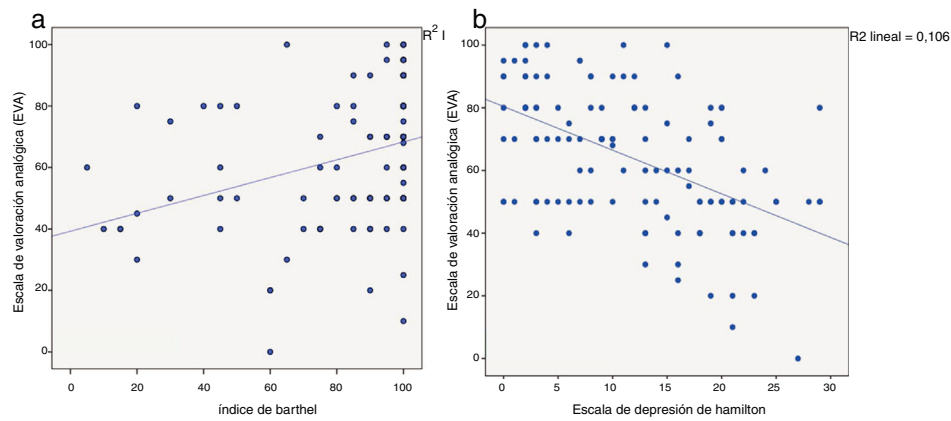


Figura 1 a) Relación entre la percepción de la calidad de vida (EVA) y la independencia en las actividades básicas de la vida diaria. b) Relación entre la percepción de la calidad de vida (EVA) y el estado de ánimo deprimido (escala de depresión de Hamilton).

Tabla 4 Diferencias de sexo para las dimensiones de la calidad de vida (cuestionario EQ-5D) según el estado de ánimo. Cálculo de los *odds ratio*

Dimensiones del cuestionario EQ-5D	Estado de ánimo depresivo			
	Mujeres		Hombres	
	Odds ratio (IC 95%)	p	Odds ratio (IC 95%)	p
Movilidad	11,00 (2,02-59,74)	0,002	7,16 (1,90-26,85)	0,001
Cuidado personal	12,46 (1,43-108,27)	0,007	5,74 (1,45-20,69)	0,007
Actividades cotidianas	17,85 (3,15-101,14)	<0,001	32,34 (4,07-256,81)	<0,001
Dolor/malestar	3,57 (0,89-14,25)	NS	1,97 (0,79-4,91)	NS
Ansiedad/depresión	13,00 (2,67-63,09)	<0,001	6,40 (2,33-17,54)	<0,001

Tabla 5 Modelo de predicción de calidad de vida

	β	p
$R^2 = 0,720$ $p < 0,0001$		
Vivir en pareja	0,065	0,038
Depresión (escala de Hamilton)	-0,102	<0,001
Escala de Rankin modificada	-0,094	<0,001
Dependencia en actividades básicas de la vida diaria	-0,109	<0,001
Dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria	-0,102	0,013

Variables introducidas en el modelo: edad, sexo, nivel socioeconómico, secuelas, insomnio, disartria, déficit motor, índice de masa corporal, hipertensión, diabetes.

En el modelo ajustado por las variables (edad, dependencia en las actividades instrumentales y el estado de ánimo), en el hombre tanto para la dimensión movilidad como en la de cuidado personal se asociaron de forma independiente para las ABVD (OR: 12,54; IC: 2,41-65,27; $p=0,03$ y 75,03; IC: 5,28-106,51; $p=0,01$, respectivamente). Mientras que en la dimensión ansiedad/depresión del cuestionario EQ-5D tanto para hombres y mujeres se asoció con el estado de ánimo deprimido (según la escala de Hamilton de depresión) (en las mujeres OR: 16,48; IC: 1,99-136,53; $p=0,009$ y en los varones 5,12; IC: 1,68-15,67; $p=0,004$).

En la [tabla 5](#) se muestra el modelo de predicción, mediante una regresión lineal multivariante, para el índice del EQ-5D, de forma que el 72% de la puntuación obtenida en la calidad de vida estaría explicada por el estado funcional, la dependencia en las actividades de la vida diaria

(básicas e instrumentales) y el estado de ánimo depresivo; mientras que el vivir en pareja, entendiéndose esta como soporte social, aparecía como factor protector.

Sobre el estado de ánimo

Según la escala de depresión de Hamilton, el 64,2% de los pacientes presentaban un estado de ánimo deprimido; de este porcentaje, el 31,7% presentaba depresión moderada o grave y el 23,6%, depresión menor; en el 8,9% restante, la depresión era muy grave. La puntuación media de la muestra en esta escala fue de 11,73 puntos, con diferencias entre hombres y mujeres: las mujeres presentaban mayor puntuación en esta escala y, por tanto, peor estado de ánimo (14,04; DE: 8,32 vs. 10,42; DE: 7,5; $p=0,014$).

Por otra parte, aquellos pacientes que no podían caminar presentaban mayor depresión que los que eran autónomos en estas áreas (16,57 con DE: 6,61 vs. 8,78 con DE: 7,28; $p < 0,001$), de tal forma que aquellos pacientes con problemas de movilidad tienen casi 9 veces más de probabilidades de presentar un cuadro depresivo (OR 8,85; IC: 3,15-24,81; $p < 0,001$). De igual forma sucedió con aquellos pacientes que no podían encargarse de su propio cuidado (16,53 con DE: 6,51 vs. 9,62 con DE: 7,65; $p < 0,001$); el OR obtenido en este caso fue de 7,55 (IC: 2,46-23,16; $p < 0,001$).

Así, aquellos pacientes con mayor depresión presentaban mayor dependencia en las ABVD ($r = -0,459$; $p < 0,001$) y en las instrumentales ($r = -0,467$; $p < 0,001$). No se hallaron diferencias significativas entre la presencia de depresión y la edad ($p = 0,503$).

Aquellos pacientes con estado de ánimo deprimido presentaban en mayor proporción problemas de sueño (64,5%) frente al 16,1% de los pacientes que no estaban deprimidos ($p < 0,001$).

Sobre el estado funcional

En cuanto a la situación funcional, destacamos que un 60,5% de los pacientes eran independientes para las ABVD, el resto (39,5%) presentaba algún tipo de dependencia.

La valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria (escala de Lawton y Brody) confirmó que el 60,5% eran independientes para este tipo de actividades y el 21,0% presentaba una dependencia total o severa; el 18,5% restante presentaba una dependencia moderada.

En el estudio de correlación de la dependencia funcional, la independencia para las ABVD se relacionó de forma inversa con la edad ($r = -0,367$; $p < 0,001$). Para estas actividades también se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y varones, con mejores puntuaciones en el IB para los varones (89,11 con DE: 21,76 vs. 78,67 con DE: 26,53; $p = 0,019$).

Discusión

Existen diferencias a largo plazo en la calidad de vida entre mujeres y hombres supervivientes a un ictus. El estado funcional y el nivel de dependencia, así como el estado de ánimo, influyen en la percepción de la calidad de vida. Existen pocos estudios que hayan evaluado estas diferencias a largo plazo.

Las características clínicas, sociodemográficas y los factores de riesgo de nuestros pacientes no difieren de otros estudios^{13,14} y coincidimos en que los factores de riesgo más prevalentes son la hipertensión arterial y las dislipidemias. Además, en nuestro caso observamos como el hábito tabáquico es sensiblemente inferior (8 vs. 25,1%) al que se observa en el estudio ICTUSCARE¹³, probablemente debido al efecto de los cambios legislativos en esta materia y a su aceptación por la población general. Aunque estos datos señalan que debemos continuar y mejorar el control a largo plazo de los factores de riesgo relacionados con la enfermedad cerebrovascular, haciendo hincapié en las modificaciones del estilo de vida y en la revisión de la adherencia a las medidas terapéuticas¹⁴.

Al igual que en otros estudios^{6,15,16} hemos observado que existen diferencias en la CVRS: son las mujeres las que tienen una peor calidad de vida en comparación con los hombres y vivir en pareja es un factor beneficioso en la percepción de la CVRS.

Destacamos, además, que en nuestro estudio, al igual que Bushnell et al.¹⁶, encontramos peores resultados en las mujeres para la dimensión de movilidad y de actividades cotidianas del cuestionario de calidad de vida EQ-5D. Ellos lo explicaban porque quizás las mujeres presentan más limitaciones en la función muscular (ictus más severos, mayor edad, estado funcional previo más deteriorado y más enfermedades concomitantes), como corroboran otros estudios¹⁷⁻²⁰. Este hecho puede afectar a la recuperación física y justificar las diferencias encontradas entre hombres y mujeres en el ÍB y, por tanto, la mayor dependencia para las ABVD²⁰⁻²². En estos estudios estas diferencias se encontraban a los 3 meses tras el ictus. En nuestro caso, estas diferencias se mantienen a los 5 años.

Otra de nuestras consideraciones es que las mujeres presentan una mayor limitación en la ejecución de actividades cotidianas o «instrumentales» y que esto puede ser debido a que en nuestro contexto cultural las tareas domésticas «se consideran de mujeres»¹⁰ por lo que, a pesar de estar jubiladas, las continúan asumiendo. Este hecho puede motivar que los hombres puntúen mejor en la dimensión de las actividades cotidianas (ya que la mayoría eran jubilados y, por tanto, podrían no tener o no considerar ninguna actividad cotidiana). Esto puede afectar de forma global a la CVRS y al estado de ánimo, al interpretarlo como sentimiento de utilidad.

Algunos estudios^{22,23} destacan que el primer año y, sobre todo, los primeros meses son claves para la mejora de la CVRS y la función física tras un ictus, y que el desempeño en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se asocia con la CVRS.

Por otra parte, la depresión es el trastorno afectivo más frecuente tras un ictus²⁴. Una revisión sistemática reciente de los estudios publicados halló una prevalencia del 31% de depresión después del ictus²⁵, pero puede ser que la cifra esté subestimada. De hecho, nuestros datos reflejan que un 64,2% de los pacientes presentaron un estado de ánimo deprimido: casi el 41% tenían depresión grave o muy grave. Además, la depresión postictus, de igual forma que se recoge en otros estudios^{26,27}, está relacionada con el dolor, la dependencia funcional y es un factor destacado en la calidad de vida del paciente. Por otro lado, y en consonancia con otros estudios^{26,28,29}, el estado deprimido es más frecuente en mujeres tras el ictus, y este está muy relacionado con la CVRS, de forma que una peor calidad de vida está asociada a un estado de ánimo deprimido. Además, las consecuencias de no detectar los síntomas de la depresión precozmente pueden ser relevantes tanto para el paciente como para los sistemas sanitarios²⁷, ya que la detección a tiempo puede facilitar una recuperación funcional más eficaz²⁴. En nuestro estudio vemos que a largo plazo se mantiene esta relación.

Una limitación de este estudio es que previsiblemente los pacientes que han encontrado dificultades para participar, aunque era una proporción muy pequeña de la cohorte, fueran aquellos que más problemas y secuelas podrían tener.

Finalmente, consideramos que el uso y la recogida de datos con las escalas empleadas (actividades básicas e

instrumentales de la vida diaria, escala de depresión de Hamilton y cuestionario de calidad de vida EQ-5D) han permitido hacer una evaluación más integral y holística de la calidad de vida, del estado funcional y del estado de ánimo de los pacientes.

Sería conveniente realizar estudios que valoraran la influencia de diferentes estrategias de afrontamiento de las secuelas y de los procesos de adaptación según los rasgos de personalidad de los pacientes, y que profundizaran en el impacto que las enfermedades concomitantes tienen sobre la calidad de vida, así como del contexto cultural, más exigente para las mujeres, ya que aunque se consideren jubiladas, siguen encargándose de tareas domésticas, y el no desempeñar estas tareas de forma eficiente les puede afectar al estado de ánimo y a otras dimensiones de la calidad de vida.

Conclusión

A pesar de los avances científico-técnicos y en la rehabilitación de la enfermedad cerebrovascular, la calidad de vida de muchos de los supervivientes se ve negativamente afectada a largo plazo; son las mujeres las que manifiestan una calidad de vida peor que los hombres, sobre todo en las dimensiones de movilidad y actividades cotidianas.

Parece que el ser mujer, la presencia de dolor, la dependencia funcional y el estado de ánimo deprimido son factores que tienen una relación significativa con una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, mientras que el estar casado, es decir, el soporte social, se erige como un factor beneficioso.

Intervenciones eficaces sobre estos factores podrían contribuir de forma clave en la mejora de la CVRS en supervivientes a un ictus.

Conflicto de intereses

El equipo investigador no tiene ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos la participación y colaboración desinteresada de todos los pacientes y sus familias.

Agradecemos a la gerencia y a la dirección del Área el apoyo a la investigación en cuidados.

A Irene, Jaime y Elena.

Bibliografía

- López 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;12:315.
- Dąbrowska-Bender M, Milewska M, Gołąbek A, Duda-Zalewska A, Staniszevska A. The impact of ischemic cerebral stroke on the quality of life of patients based on clinical, social, and psychoemotional factors. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2011;26:101–7, doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.08.036. Epub 2016 Oct 13.
- Matías-Guiú Guía J [coord]. Estrategia en ictus del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2008 [consultado 11 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>.
- Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: A model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res*. 2008;17:1125–35.
- Carod-Artal FJ. Medición de la calidad de vida en supervivientes de un ictus. *Rev Neurol*. 1999;29:447–56.
- Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: The importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis*. 2009;27(suppl 1):204–14.
- Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Bruguat P, et al. Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2012;139:613–25.
- Badía Llach X, editor. Estudios sobre la calidad de vida de pacientes afectados por determinadas enfermedades. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Herdman M, Badía X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:425–9.
- Miralles Basseda R, Esperanza Sanjuán A. Instrumentos y escalas de valoración. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología editores; 2007. p. 771–89. ISBN: 84-689-8949-5.
- Ramos-Brieva J, Cordero Villafafila A. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*. 1986;14:324–34.
- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de práctica clínica en el SNS: avalia-t N.º 2006/06. pp. 94-98.
- Abellán Alemán J, Ruilope Urioste LM, Leal Hernández M, Armario García P, Tiberio López G, Martell Claros N. Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:329–35.
- Brea A, Laclaustra M, Martorell E, Pedragosa A. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. *Clin Invest Arterioscl*. 2013;25:211–7.
- Leach MJ, Gall SL, Dewey HM, Macdonell RA, Thrift AG. Factors associated with quality of life in 7-year survivors of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011;82:1365–71.
- Bushnell CD, Reeves MJ, Zhao X, Pan W, Prvu-Bettger J, Zimmer L, et al. Sex differences in quality of life after ischemic stroke. *Neurology*. 2014;82:922–31.
- Tomita H, Hagii J, Metoki N, Saito S, Shiroto H, Hitomi H, et al. Impact of sex difference on severity and functional outcome in patients with cardioembolic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015;24:2613–8.
- Li B, Wang T, Lou Y, Guo X, Gu H, Zhu Y, et al. Sex differences in outcomes and associated risk factors after acute ischemic stroke in elderly patients: A prospective follow-up study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015;24:2277–84.
- Petrea RE, Beiser AS, Seshadri S, Kelly-Hayes M, Kase CS, Wolf PA. Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham heart study. *Stroke*. 2009;40:1032–7.
- Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, Gargano JW, Duncan PW, Lynch G, et al. Sex differences in stroke: Epidemiology, clinical presentation, medical care and outcomes. *Lancet Neurol*. 2008;7:915–26.

21. Lisabeth LD, Reeves MJ, Baek J, Skolarus LE, Brown DL, Zahuranec DB, et al. Factors influencing sex differences in poststroke functional outcome. *Stroke*. 2015;46:860–3.
22. Shyu YI, Maa SH, Chen ST, Chen MC. Quality of life among older stroke patients in Taiwan during the first year after discharge. *J Clin Nurs*. 2009;18:2320–8.
23. Lopez-Espuela F, Zamorano JD, Ramírez-Moreno JM, Jiménez-Caballero PE, Portilla-Cuenca JC, Lavado-García JM, et al. Determinants of quality of life in stroke survivors after 6 months, from a comprehensive stroke unit: A longitudinal study. *Biol Res Nurs*. 2015;17:461–8.
24. Carod-Artal FJ. Depresión postictus (I). Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo. *Rev Neurol*. 2006;42:169–75.
25. Hackett ML, Pickles K. Part I: Frequency of depression after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 2014;9:1017–25.
26. Guajardo VD, Terroni L, Sobreiro Mde F, Zerbini MI, Tinone G, Scaff M, et al. The influence of depressive symptoms on quality of life after stroke: A prospective study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015;24:201–9.
27. Kutlubaev MA, Hackett ML. Part II: Predictors of depression after stroke and impact of depression on stroke outcome: An updated systematic review of observational studies. *Int J Stroke*. 2014;9:1026–36.
28. Ellis C, Grubaugh AL, Egede LE. The association between major depression, health behaviors, and quality of life in adults with stroke. *Int J Stroke*. 2012;7:536–43.
29. Taylor-Piliae RE, Hepworth JT, Coull BM. Predictors of depressive symptoms among community-dwelling stroke survivors. *J Cardiovasc Nurs*. 2013;28:460–7.