



## ORIGINAL

# Satisfacción de pacientes y cuidadores con el programa de rehabilitación seguido tras el ictus

A. Aguirrezabal\*, E. Duarte, E. Marco, N. Rueda, C. Cervantes y F. Escalada

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital del Mar y Hospital de l'Esperança, IMAS, Barcelona, España

Recibido el 13 de agosto de 2009; aceptado el 3 de noviembre de 2009

Disponible en Internet el 16 de diciembre de 2009

### PALABRAS CLAVE

Ictus;  
Rehabilitación;  
Servicios de  
información;  
Satisfacción del  
paciente;  
Cuidador;  
Soporte social

### Resumen

**Objetivo:** Evaluar la satisfacción con el programa rehabilitador del ictus de pacientes y cuidadores. Identificar los factores dependientes del propio paciente y del proceso asistencial relacionados con mayor insatisfacción en nuestra área.

**Material y métodos:** Estudio transversal en 74 pacientes ingresados en Rehabilitación con el diagnóstico de ictus (el 70,3% eran varones, con edad media de  $65,4 \pm 12,2$ , índice de Barthel al alta de  $70,5 \pm 27$ ) desde junio de 2005 hasta junio de 2006. La satisfacción con la rehabilitación seguida durante el ingreso y el soporte al alta hospitalaria se evaluaron mediante el cuestionario de satisfacción de Pound, administrado telefónicamente 13 meses de media después del alta hospitalaria. Se entrevistó a 85 cuidadores, de los que el 71% era familiar directo (cónyuge o relación filial) y el 80,9% era de sexo femenino.

**Resultados:** El 52,9% de los pacientes cumplimentó el cuestionario: más del 80% refirió estar completamente satisfecho con el trato y la información recibidos durante el ingreso. En cuanto al tratamiento, el 52,7% se mostró satisfecho; la cantidad de tratamiento recibido fue el aspecto peor valorado. La menor satisfacción correspondió al soporte recibido tras el alta hospitalaria, con menos del 25% de satisfechos. Un 83,1% de cuidadores cumplimentó el cuestionario: el 74,1% estaba satisfecho con la información recibida, el 63,5% con la formación sobre el tratamiento del paciente y el 42,4% con el soporte al alta. Sólo la depresión y el tiempo de evolución tras el ictus se relacionaron con mayor insatisfacción ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Aunque la satisfacción de pacientes y cuidadores con la información recibida es alta, se detectan elevados porcentajes de insatisfacción con la cantidad de tratamiento recibido y el soporte social al alta hospitalaria, por lo que es necesario incluir medidas sistemáticas de información, formación y soporte al alta en el programa de rehabilitación del ictus.

© 2009 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aaguirrezabal@imas.imim.es](mailto:aaguirrezabal@imas.imim.es) (A. Aguirrezabal).

**KEYWORDS**

Stroke;  
 Rehabilitation;  
 Information services;  
 Patient satisfaction;  
 Caregiver;  
 Social support

**Patient and caregiver satisfaction with rehabilitation services after stroke****Abstract**

**Objectives:** To assess patient and caregiver satisfaction with the regular rehabilitation care after stroke. To identify patient features or aspects of the rehabilitation programme related to lower rates of satisfaction in our area.

**Material and methods:** Cross-sectional study of 74 stroke in-patients admitted from June 2005 to June 2006 (70.3% men, age  $65.4 \pm 12.2$  years, Barthel discharge  $70.5 \pm 27$ ). A telephone Satisfaction questionnaire (Pound 1999) was administered at  $13.6 \pm 3.1$  months to assess satisfaction regarding in-patient care, therapy and recovery, and services after hospital discharge. Three items addressed to caregiver satisfaction were also included. A total of 84 caregivers were identified: 71% relatives (partner or children), of which 80.9% were women.

**Results:** The satisfaction questionnaire was completed by 52.9% of patients. Over 80% of interviewed patients were completely satisfied with in-patient care, and 52.7% were satisfied with therapy and recovery during admission, but more patients were dissatisfied with the amount of therapy received. The lowest rate of satisfaction was related to the services after discharge, with less than 25% of patients satisfied. A total of 83.1% of caregivers completed the questionnaire, of which 74.1% were satisfied with the information provided. Stroke educational training was given to 63.5% of caregivers, and 42.4% were given support after discharge. Only the presence of depression during admission and time passed after stroke were significantly related to patient satisfaction. ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Dissatisfaction with some aspects of stroke rehabilitation is considerable in our care area. Despite general patient and caregiver satisfaction regarding information provided, high dissatisfaction rates are also detected related to the amount of therapy and the social support provided after hospital discharge. According to these results, systematic information and training programs for patients and caregivers should be included in stroke rehabilitation, as well as providing social support at discharge.

© 2009 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

El ictus es la primera causa de discapacidad en la sociedad occidental y se estima que el 20–25% de los supervivientes a los 6 meses del ictus continúa siendo incapaz de caminar sin asistencia física y más de un 60% no puede incorporar la mano afectada a la realización de las actividades de vida diaria<sup>1</sup>. Las secuelas pueden afectar a la salud y a la calidad de vida no sólo del paciente, sino también de sus cuidadores<sup>2</sup>. Incluso se ha observado que la existencia de un adecuado soporte familiar se relaciona con menor discapacidad<sup>3</sup> y con una mejor calidad de vida de los pacientes tras el ictus<sup>4,5</sup>. Esta asociación es mayor en los ictus con afectación moderada y grave<sup>6</sup>.

La satisfacción del paciente se valora cada vez más como un indicador de calidad de la atención médica recibida<sup>7</sup> y para algunos autores debería considerarse como un objetivo más en la atención integral tras el ictus desde la unidad de neurología hasta los programas de rehabilitación funcional<sup>8</sup>. Algunos autores afirman que en la satisfacción influyen diversas condiciones del paciente (edad, sexo, depresión, afasia, disfagia o grado de discapacidad) y, del mismo modo, otros aspectos propios del programa rehabilitador (la cantidad de tratamiento o el soporte al alta) también estarían relacionados<sup>8</sup>.

Hasta la fecha, la satisfacción del cuidador con el programa rehabilitador se ha estudiado menos. Trabajos

recientes revelan una mayor insatisfacción en cuidadoras jóvenes, sobre todo relacionada con la descoordinación entre los diferentes servicios y con cierto sentimiento de soledad ante la nueva situación<sup>2</sup>.

El objetivo de este estudio fue evaluar la satisfacción de pacientes con secuelas de ictus y de sus cuidadores una vez concluido el programa rehabilitador; asimismo, identificar variables clínicas y aspectos del programa rehabilitador que se relacionen con un mayor grado de insatisfacción.

**Material y métodos**

Estudio transversal en pacientes ingresados de forma consecutiva durante un año (del 1 de junio de 2005 al 31 de mayo de 2006) con el diagnóstico de primer episodio de ictus en un servicio de medicina física y rehabilitación de un hospital universitario.

Se realizó contacto telefónico con los 140 pacientes ingresados consecutivamente en el período de estudio. En caso de no obtener respuesta en una primera llamada, se realizó hasta un máximo de 3 con el fin de localizar al paciente y poder realizar el cuestionario por vía telefónica. Del total de pacientes, no se localizaron 23, 14 habían fallecido, 14 presentaban problemas de comunicación, se había institucionalizado a 14 y uno rechazó participar, por lo que quedó una muestra final de 74 pacientes (53%). De los

cuidadores de los 140 pacientes iniciales, hubo 18 casos en los que no existía cuidador identificado y 37 casos en los que no se localizó al cuidador o el paciente había fallecido, por lo que resultó una muestra final de 85 cuidadores. La entrevista telefónica se realizó a los 13,6 meses de media (desviación estándar [DE]: 3,1) después del ictus, una vez alcanzada la estabilización funcional y completado el programa rehabilitador.

Las variables recogidas fueron edad, sexo, tipo de ictus, lateralidad de la hemiplejía, índice de Barthel al alta (rango de puntuación 0 y 100: 0 dependencia total, 100 máxima independencia), tiempo transcurrido tras el ictus, necesidad de tratamiento antidepresivo durante el ingreso, existencia de intervención social durante el ingreso y destino al alta hospitalaria. En cuanto al cuidador, se registraron el sexo, la edad y el grado de parentesco con el paciente.

Para medir el grado de satisfacción del paciente con el programa rehabilitador seguido tras el ictus se utilizó el cuestionario de satisfacción publicado por Pound y validado para la población británica<sup>7,8</sup>. Este cuestionario constaba de 12 ítems separados en 3 apartados: un primer apartado dedicado a recoger la satisfacción sobre el trato y la información recibidos durante el ingreso hospitalario, un segundo apartado dedicado al tratamiento rehabilitador durante el ingreso y un tercer bloque que recogía la satisfacción sobre aspectos relacionados con la información y el soporte social que el paciente recibía tras el alta hospitalaria. El paciente definió el grado de satisfacción para cada ítem en 4 grados: muy satisfecho (3 puntos), satisfecho (2 puntos), insatisfecho (1 punto) y muy insatisfecho (0 puntos). Debido al escaso número de pacientes en algunas categorías (la mayoría de las respuestas se concentraban en categorías generales de satisfechos/no satisfechos, lo que se comportaba como una dimensión dicotómica) y, con el objetivo de simplificar posteriormente la lectura de los resultados en cuanto a los porcentajes de satisfacción en la muestra, se agruparon los 4 grados en 2 categorías principales: satisfacción (si puntuaban 2 o 3 en el cuestionario de Pound) e insatisfacción (si puntuaban 0 o 1).

Además del cuestionario específico para pacientes, se evaluó la satisfacción del cuidador. Dado que no se encontraron cuestionarios de satisfacción específicos para cuidadores en la literatura médica, se formularon 3 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. Los cuidadores debían contestar las preguntas siguiendo el modelo de respuestas del cuestionario para pacientes de Pound (muy insatisfecho, insatisfecho, satisfecho, muy satisfecho).

Para el tratamiento estadístico de la relación entre satisfacción y diferentes variables recogidas, las respuestas de cada ítem del cuestionario de Pound se codificaron y se transformaron en 2 componentes resumen: HOSPSAT (sumatorio de satisfacción con la información, el trato y el tratamiento recibidos durante el ingreso hospitalario) y HOMESAT (sumatorio de satisfacción con el soporte y la información proporcionados tras el alta hospitalaria). El rango de puntuación fue de 0 a 24 puntos para el HOSPSAT y de 0 a 12 puntos para el HOMESAT.

Los datos categóricos se presentaron en forma de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y

con medias y DE para las variables cuantitativas. Para los análisis bivariados de variables cualitativas se utilizó la prueba de Ji al cuadrado o alternativamente la prueba exacta de Fisher. Para el análisis de las variables cuantitativas entre grupos de pacientes se empleó la prueba de t de Student o la U de Mann Whitney. La relación entre 2 variables cuantitativas se midió mediante correlaciones no paramétricas utilizando el coeficiente de correlación rho de Spearman y se indicó el intervalo de confianza del 95%. Con las variables que resultaron como mínimo marginalmente significativas se realizó un modelo de regresión lineal múltiple para cada sumatorio de satisfacción. El nivel de significación estadística se fijó en  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

Las características clínicas, funcionales y sociales del grupo de pacientes se detallan en la tabla 1. En cuanto a los 85 cuidadores participantes en el estudio, la edad media era de 57,6 años (DE: 15,9) y un 87,9% era de sexo femenino. Un 51,4% de los cuidadores era cónyuge del paciente.

En el análisis de resultados (tabla 2) se observa que más del 80% de los pacientes valoró satisfactoriamente cada uno de los aspectos de la información y el trato recibidos durante el ingreso hospitalario. El aspecto peor valorado en este primer apartado fue la información que recibieron en el hospital sobre la naturaleza y las causas de su enfermedad: el 17,6% de los pacientes se mostraba insatisfecho.

En cuanto a la satisfacción con el tratamiento y la recuperación durante el ingreso, destaca que el 37,8% de los pacientes mostró insatisfacción en mayor o menor grado con

**Tabla 1** Características demográficas, clínicas, funcionales y sociales del grupo de pacientes (n = 74)

Variable	
Edad	65,4 años (DE: 12,2)
Sexo>	
Hombre	52 (70,3%)
Mujer	22 (29,7%)
Naturaleza ictus	
Hemorrágico	22 (29,7%)
Isquémico	52 (70,3%)
Lateralidad hemiplejía	
Izquierda	40 (54,1%)
Derecha	34 (45,9%)
Tiempo postictus	12,7 (DE: 3,2) meses
Intervención social	31 (41,9%)
Tratamiento antidepresivo	30 (40,5%)
Índice de Barthel al alta*	70,5 (DE: 27) puntos
Destino al alta	
Domicilio	53 (71,6%)
Centro sociosanitario	20 (27%)
Otros (hospital de agudos, etc.)	1 (1,4%)

DE: desviación estándar.

\*Índice de Barthel: valores límites entre 0 y 100: 0 dependencia total, 100 máxima independencia.

**Tabla 2** Resultados del cuestionario HOSPSAT y HOMESAT de satisfacción (n=74)

	Satisfechos	Insatisfechos
<b>HOSPSAT*</b> (información y trato durante el ingreso)		
He sido tratado con amabilidad y respeto por el personal del hospital	73 (98,6%)	1 (1,4%)
El personal ha tenido en cuenta mis necesidades personales cuando estaba en el hospital (si podía ir al lavabo siempre que lo necesitaba, etc.)	68 (91,9%)	6 (8,1%)
Sentía que podía hablar con el personal acerca de cualquier problema que tuviera	70 (94,6%)	4 (5,4%)
Me dieron toda la información que quería sobre las causas y la naturaleza de mi enfermedad	61 (82,4%)	13 (17,6%)
Los médicos hicieron todo lo que pudieron para que mejorase	70 (94,6%)	4 (5,4%)
<b>Tratamiento y recuperación</b>		
Estoy satisfecho con el tipo de tratamiento que he recibido (fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional)	67 (90,5%)	7 (9,5%)
He recibido el suficiente tratamiento (fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional)	46 (62,2%)	28 (37,8%)
Estoy contento con la cantidad de recuperación que he tenido después de la enfermedad	54 (73,0%)	20 (27,0%)
<b>HOMESAT**</b> (servicios tras el alta hospitalaria)		
Me dieron toda la información que quería sobre las prestaciones o servicios domiciliarios que necesitaba al alta hospitalaria	34 (46,6%)	39 (53,4%)
Las cosas estaban bien preparadas para mi retorno a casa	54 (74,0%)	19 (26,0%)
Tuve todo el soporte necesario de servicios, como comidas a domicilio, ayudas domiciliarias, enfermería domiciliaria, etc.	28 (38,4%)	45 (61,6%)
Estoy satisfecho con la cantidad de contacto que he tenido con el hospital desde que me fui de alta	38 (52,1%)	34 (46,6%)

\*HOSPSAT: sumatorio de satisfacción con la información, el trato y el tratamiento recibidos durante el ingreso hospitalario.  
 \*\*HOMESAT: sumatorio de satisfacción con el soporte y la información proporcionados tras el alta hospitalaria.

**Tabla 3** Correlación con variables cuantitativas de la satisfacción de pacientes

	HOMESAT*, Rho de Spearman (IC del 95%)	p	HOMESAT**, Rho de Spearman (IC del 95%)	p
Edad	-0,083 (-0,315-0,149)	0,481	-0,095 (-0,327-0,137)	0,425
Barthel*** al alta	0,009 (-0,222-0,240)	0,943	-0,057 (-0,288-0,174)	0,631
Meses postictus	-0,004 (-0,235-0,227)	0,970	0,451(0,245-0,657)	<0,001

IC: intervalo de confianza.  
 \*HOMESAT: sumatorio de satisfacción con el soporte y la información proporcionados tras el alta hospitalaria.  
 \*\*HOSPSAT: sumatorio de satisfacción con la información, el trato y el tratamiento recibidos durante el ingreso hospitalario.  
 \*\*\*Índice de Barthel: valores límites entre 0 y 100: 0 dependencia total, 100 máxima independencia.

**Tabla 4** Resultados del cuestionario de satisfacción en los cuidadores entrevistados (n=85)

Satisfacción del cuidador	Satisfechos	Insatisfechos
¿Está satisfecho con la cantidad de información recibida sobre el ictus y el tratamiento rehabilitador (objetivos, dónde se hará, cuanto durará, etc.)?	63 (74,1%)	22 (25,9%)
¿Considera que en el hospital le enseñaron lo suficiente acerca del tratamiento del paciente para AVD, movilidad, etc. antes de volver a casa?	54 (63,5%)	31 (36,5%)
¿Está satisfecho con la posibilidad de hacer cualquier consulta que necesite al equipo rehabilitador después del alta?	36 (42,4%)	49 (57,6%)

AVD: actividades de la vida diaria.

la cantidad de tratamiento recibido. Sin embargo, al analizar la satisfacción con el tipo de tratamiento recibido (fisioterapia, tratamiento ocupacional, logopedia), el porcentaje de pacientes satisfechos aumentó hasta un 90,5%.

En el apartado sobre información y soporte tras el alta hospitalaria, los porcentajes de pacientes satisfechos son menores: oscilan entre el 26 y el 61,6%. Concretamente, el aspecto peor valorado por los pacientes en este último apartado fue el nivel de información recibido sobre ayudas domiciliarias y servicios sociales disponibles tras el alta.

Al analizar la posible relación del nivel de satisfacción con las distintas variables analizadas (sexo, tipo de ictus, lateralidad de la hemiplejía, necesidad de tratamiento antidepressivo, existencia de intervención social, destino al alta hospitalaria, edad, índice de Barthel al alta, tiempo transcurrido desde el ictus) se observó relación estadísticamente significativa con la necesidad de tratamiento antidepressivo durante el ingreso y el tiempo transcurrido desde el ictus de la siguiente manera: los pacientes que requerían tratamiento antidepressivo tenían una puntuación en el sumatorio HOSPSAT inferior a los que no requerían el tratamiento: 17 (DE: 2,81) frente a 18,3 (DE: 2,54) pacientes;  $p=0,046$ . Es decir, los pacientes con síntomas depresivos mostraron mayor insatisfacción con respecto al trato y tratamiento recibidos durante el ingreso. En cuanto al grado de satisfacción con los aspectos relacionados con el soporte tras el alta hospitalaria (HOMESAT), éste se relacionó significativamente con el tiempo transcurrido tras el ictus (tabla 3): esto es, a mayor tiempo transcurrido tras el ictus mayor satisfacción, pero solamente en lo referente a los servicios de soporte al alta.

En cuanto al análisis de la satisfacción de los 85 cuidadores (tabla 4) que participaron en el estudio, observamos también un menor grado de satisfacción en la posibilidad de contacto para consultar con el equipo de rehabilitación tras el alta hospitalaria: un 43% estaba satisfecho en este aspecto. El porcentaje de cuidadores satisfechos con la información recibida fue del 75% y en la formación en el tratamiento, el porcentaje fue de un 64%. Ni el sexo, ni la edad del cuidador ni el grado de parentesco con el paciente influyeron en el grado de satisfacción con el programa de rehabilitación en la presente muestra.

## Discusión

El conocimiento de los pacientes y sus cuidadores acerca del ictus, algunos aspectos de la satisfacción del paciente y las puntuaciones de depresión del paciente mejoran con la provisión de información específica<sup>9</sup>. Este estudio pretende evaluar la satisfacción de pacientes con secuelas de ictus y sus cuidadores una vez concluido el programa rehabilitador e identificar variables clínicas y aspectos del programa rehabilitador que se relacionen con un mayor grado de insatisfacción.

Destacamos, en primer lugar, el alto nivel de satisfacción con la información y el trato recibidos durante el ingreso en nuestro servicio tras presentar un ictus. En nuestra muestra casi el 80% de los pacientes se muestra satisfecho en mayor o menor grado en este respecto. En coincidencia con el estudio de Pound et al<sup>8</sup>, el apartado que más insatisfacción despierta en este primer bloque es la información que

recibieron los pacientes sobre la naturaleza y las causas de su enfermedad. Hasta un 17,6% de los pacientes estuvo insatisfecho a este respecto en este estudio.

Diferentes autores coinciden también en señalar un nivel de satisfacción más bajo cuando se evalúa la cantidad de tratamiento recibido durante el ingreso hospitalario<sup>7-10</sup>. En la presente muestra, hasta un 37,8% de los pacientes considera que no ha recibido suficiente tratamiento durante el ingreso y un 27% manifiesta estar descontento en mayor o menor grado con el grado de recuperación conseguido tras el ictus. Estos porcentajes son similares a los obtenidos en el estudio de Pound et al en 1999<sup>8</sup>, en el que un 46% de pacientes consideraba no haber recibido el tratamiento suficiente y un 29% se mostraba descontento en cuanto al grado de recuperación conseguido tras el ictus. Sin embargo, cuando se analiza la satisfacción en cuanto al tipo de tratamiento recibido (fisioterapia, logopedia o tratamiento ocupacional), hasta un 90% de los pacientes en nuestra muestra está satisfecho, porcentaje prácticamente superponible al estudio de Pound (87%)<sup>8</sup>.

Del mismo modo, la insatisfacción de los pacientes (y también de los cuidadores) con el soporte recibido tras el alta hospitalaria es una constante en diversos estudios publicados<sup>8,11-13</sup>. En nuestra muestra, el 61,6% de los pacientes considera que no tuvo todo el soporte necesario (servicios sociales, ayudas domiciliarias, etc.) en el retorno al domicilio y hasta el 53,4% de los pacientes se mostraba insatisfecho en mayor o menor grado en cuanto a la información que reciben sobre prestaciones o servicios domiciliarios tras el alta hospitalaria.

En el estudio de Pound<sup>8</sup>, el apartado sobre soporte recibido es también el que mayor insatisfacción despierta (24%), aunque en un porcentaje claramente menor que en nuestro estudio. Este contraste podría deberse a diferencias en las distintas redes de soporte social y de ayudas domiciliarias a la que se refiere el cuestionario, que harían necesaria su validación para la población española. Esta percepción negativa podría explicarse por la limitación de los recursos existentes en el área y no tanto por la cantidad o la calidad de la información proporcionada.

Numerosos autores señalan la necesidad de incluir en el programa rehabilitador medidas de soporte para pacientes y cuidadores tras el alta hospitalaria<sup>11</sup> que den respuesta a las necesidades individuales en cada caso<sup>13</sup>. Los resultados de Ski et al<sup>15</sup> indican que el alta hospitalaria precoz, junto con una planificación inadecuada, limita la capacidad de pacientes y cuidadores para afrontar el impacto de la nueva situación. Aunque en nuestro servicio la planificación del alta hospitalaria se aborda desde el primer día de ingreso, no siempre se accede de manera inmediata a los recursos sociales y sanitarios necesarios.

En cuanto a la correlación del grado de satisfacción con los diferentes factores analizados, observamos que en nuestra muestra la necesidad de tratamiento antidepressivo durante el ingreso y el tiempo transcurrido tras el ictus se relacionan significativamente con el grado de satisfacción. Ninguna otra de las variables demográficas y clínicas analizadas (edad, sexo, lateralidad de la hemiplejía, naturaleza del ictus, etc.) parece influir en el grado de satisfacción con el programa rehabilitador. Sin embargo, otros autores coinciden en que factores como la edad y el sexo se relacionan significativamente con el grado de

satisfacción<sup>7,16-18</sup>. El menor tamaño de nuestra muestra así como las diferencias en las características (edad, gravedad del ictus) de los pacientes pueden haber influido en nuestro resultado.

En este estudio, los pacientes que requirieron tratamiento antidepressivo durante el ingreso muestran mayores índices de insatisfacción con respecto al trato y al tratamiento recibidos durante éste (HOSPSAT). Estos resultados coinciden con estudios previos<sup>19,20</sup> que señalan que la depresión y el estrés emocional están relacionados con la satisfacción en la provisión de servicios. Del mismo modo, la depresión sería un elemento claramente determinante de la calidad de vida relacionada con la salud en los meses postictus<sup>20,21</sup>. En este estudio se ha tenido en cuenta únicamente la presencia de depresión durante el ingreso hospitalario. No pudo valorarse posteriormente si la persistencia de depresión en el momento de entrevistar a los pacientes se asociaba con mayor insatisfacción con la rehabilitación seguida.

Otro factor relacionado, según los resultados, con una mayor satisfacción con el soporte al alta (HOMESAT) es el mayor tiempo transcurrido tras el ictus. Otros estudios reportan resultados similares en cuidadores: la satisfacción con el soporte sociofamiliar se incrementa a medida que aumenta el tiempo tras el ictus<sup>14</sup>.

En los 85 cuidadores que participaron se observa también un alto grado de insatisfacción con la posibilidad de contacto con el equipo de rehabilitación tras el alta hospitalaria (el 57% de insatisfechos). Un 25% muestra insatisfacción en la información recibida y un 36% en la formación en el tratamiento. Aunque hay estudios que señalan que las cuidadoras (jóvenes menores de 56 años) en general están menos satisfechas con el programa rehabilitador<sup>2</sup>, en nuestra muestra no hemos hallado relación entre el sexo, la edad del cuidador, el grado de parentesco con el paciente y el nivel de satisfacción con el programa de rehabilitación.

Otros estudios publicados sobre la satisfacción del cuidador también indican índices de baja satisfacción en cuanto a la información que reciben sobre la enfermedad y el soporte al alta hospitalaria<sup>13,22,23</sup>. Aunque no se ha comprobado que la cantidad de soporte mejoré el bienestar emocional del cuidador de pacientes con ictus<sup>24</sup>, la mayoría de los autores recomienda que este soporte debería prolongarse<sup>11,15</sup>.

La satisfacción del paciente y su calidad de vida se identifican como medida de resultados del éxito del plan de alta tras la estancia en un servicio médico de agudos, y la comunicación, la coordinación, la educación y la participación del paciente son elementos esenciales en este plan de alta<sup>25</sup>.

Entre las limitaciones de este estudio destaca el alto porcentaje de pacientes que no se pudo entrevistar por diferentes razones. La edad avanzada junto con la comorbilidad y la discapacidad residual justifican la elevada mortalidad e institucionalización de la muestra inicial, que consideramos han limitado la recogida de datos. El tiempo transcurrido tras el ictus en el momento de la entrevista telefónica es superior al año en la mayoría de los pacientes, ya que se pretendía evaluar la satisfacción una vez alcanzada la estabilidad neurológica y funcional. Si los datos se hubieran recogido inmediatamente tras el alta hospitalaria, la valoración de los pacientes y de los

cuidadores podría ser diferente, tal y como apunta la relación significativa de un mayor tiempo postictus con un mayor grado de satisfacción en este estudio.

Estos resultados indican la necesidad de validar instrumentos específicos de medida de satisfacción con la rehabilitación del ictus para la población española, y ésta es una de las líneas de investigación en desarrollo por parte de nuestro grupo.

A modo de conclusión, se detectan altos índices de insatisfacción en la cantidad de tratamiento recibido y en el soporte social al alta hospitalaria, a pesar de que la satisfacción de pacientes y cuidadores con la información recibida es alta. Estos resultados permitirán introducir mejoras específicas y conocer el impacto de intervenciones sistemáticas de información, educación y soporte al alta en la satisfacción de pacientes y cuidadores como parte del programa rehabilitador del ictus.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. 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. 479-4.
2. 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; 29:111-21.
3. Glass TA, Matchar DB, Belyea M, Feussner JR. Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke.* 1993;24:64-70.
4. MacKenzie AE, Chang AM. Predictors of quality of life following stroke. *Disabil Rehabil.* 2002;24:259-65.
5. Clarke P, Marshall V, Black S, Colantonio A. Well-being after stroke in Canadian seniors. *Stroke.* 2002;33:1016-21.
6. Edwards DF, Hahn M, Baum C, Dromerick AW. The impact of mild stroke on meaningful activity and life satisfaction. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2006;15:151-7.
7. Pound P, Gomertz P, Ebrahim S. Patients' satisfaction with stroke services. *Clin Rehabil.* 1994;8:7-17.
8. Pound P, Tilling K, Rudd A. Does patient satisfaction reflect differences in care received after stroke? *Stroke.* 1999; 30:49-55.
9. Smith J, Forster A, House A, Knapp P, Wright J, Young J. Información para pacientes con un accidente cerebrovascular y sus cuidadores. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. Dijkerman HC, Wood VA, Langton Hewer R. Long-term outcome after discharge from a stroke rehabilitation unit. *JR Coll Physicians Lond.* 1996;30:538-46.
11. Forsberg-Warleby G, Möller A, Blomstrand C. Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after stroke. *J Rehabil Med.* 2004;36:4-11.
12. Visser-Meily JM, Post MW, Schepers VP, Ketelaar M, Van Heugten CM, Lindeman E. Spouses' satisfaction with caregiver support in stroke rehabilitation. *Sacand J Caring Sci.* 2005;19:310-6.
13. Carlsson GE, Forsberg-Wärleby G, Möller A, Blomstrand C. Comparison of life satisfaction within couples one year after a partner's stroke. *J Rehabil Med.* 2007;39:219-24.

14. Kim JW, Moon SS. Needs of family caregivers caring for stroke patients: Based on the rehabilitation treatment phase and the treatment setting. *Soc Work Health Care*. 2007;45:81–97.
15. Ski C, O'Connell B. Stroke: The increasing complexity of carer needs. *J Neurosci Nurs*. 2007;39:172–9.
16. Scholte op Reimer WJ, De Hann RJ, Limburg M, Van den Bos GA. Patients' satisfaction with care after stroke: Relation with characteristics of patients and care. *Qual Health Care*. 1996;5:144–50.
17. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Eval Program Plann*. 1983;6:185–210.
18. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1990;30:811–8.
19. Hartman-Maeir A, Soroker N, Ring H, Avni N, Katz N. Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disabil Rehabil*. 2007;29:559–66.
20. Kwok T, Lo RS, Wong E, Wai-Kwong T, Mok V, Kai-Sing W. Quality of life of stroke survivors: A 1-year follow-up study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006;87:1177–82 quiz 1287.
21. Eriksson G, Tham K, Fugl-Meyer AR. Couples' happiness and its relationship to functioning in everyday life after brain injury. *Sand J Occup Ther*. 2005;12:40–8.
22. Hare R, Rogers H. What do stroke patients and their carers want from community services? *Fam Pract*. 2006;23:131–6.
23. Pound P, Gompertz P. Development and results of a questionnaire to measure carer satisfaction after stroke. *J Epidemiol Community Health*. 1993;47:500–5.
24. Singh M, Cameron J. Psychosocial aspects of caregiving to stroke patients. *Axone*. 2005;27:18–24.
25. Carroll A, Dowling M. Discharge planning: Communication, education and patient participation. *Br J Nurs*. 2007;16:882–6.