CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE ACUDIERON A CONSULTORIO EXTERNO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERÚ 2010-2011

Ángel Anicama-Hernández [1,2,b], **Karen Vásquez-Quicaño**[1,a], **Adán Pineda-Rodríguez**[1,a]

[1] Facultad de Medicina. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú.
[2] Hospital Regional de Ica
[a] Médico Cirujano, [b] Médico Neurólogo

RESUMEN

Objetivo: Determinar, la percepción de calidad de vida de los pacientes que padecieron accidente cerebrovascular y que acudieron a consulta externa del servicio de Neurología en el Hospital Regional de Ica, durante los años 2010 – 2011, a través de la aplicación de la encuesta SF-36 V.2. **Material y Métodos:** Se realizó una investigación aplicada, no experimental, transversal, cualitativa, de nivel descriptivo. La población estuvo constituida por pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, los años 2010 – 2011. **Resultados:** Muestra de 56 pacientes, donde 52% eran de sexo masculino, con una media de edad de 72,66 años, el factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial (69,64%); se encontró un mayor compromiso del rol emocional (38,99 puntos) y el rol físico (32,26 puntos), mientras una mejor percepción en la dimensión del dolor corporal (53,49 puntos) y función social (55,37 puntos). **Conclusiones:** El rol físico fue la dimensión más afectada en ambos sexos, presentando rasgos cercanos al cero dentro del cuestionario SF-36 V.2. Las dimensiones Dolor Corporal y Función Social mostraron mejores condiciones con respecto a las otras. Los hombres obtuvieron mejores resultados, superando a las mujeres en casi la totalidad de los ítems evaluados por el test de calidad de vida.

Palabras Claves: *Calidad de Vida, accidente cerebrovascular, Neurología. (fuente: DeCS BIREME)*

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH STROKE WHO WENT TO OUTPATIENT CLINIC OF NEUROLOGY OF THE REGIONAL HOSPITAL IN ICA, PERU 2010-2011

ABSTRACT

Objective*:* To determine, the quality perception of life in patients who suffered stroke disease and who went to the outpatient department of the Neurology in the Regional Hospital in Ica , during the years 2010 - 2011, through the application of the SF-36 survey V. 2 **Material and Methods**: It was realized an applied, not experimental, transverse, qualitative research, of descriptive level. The population was constituted by patients by diagnosis of stroke disease, during the period 2010-2011. **Results**: Sample of 56 patients, where 52% were male, with a mean age of 72.66 years, the most frequent risk factor was high blood pressure (69.64 %); found a greater commitment of the emotional role (38.99 points) and the physical role (32.26 points), while a better perception in the dimension of the body pain (53.49 points) and social function (55.37 points).
Conclusion: The role physical dimension was the most affected in both sexes, presenting traits close to zero within the questionnaire SF-36 V. 2. Body pain and Social Function showed better conditions with respect to the other. The men got better results, exceeding to women in almost all of the items evaluated by the test of quality of life.

Key words*: Quality of Life, stroke, Neurology. (source: MeSH NLM)*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es un Problema de Salud Pública. A nivel Mundial, ocupa el segundo lugar de las causas de muerte y constituye la principal causa de invalidez del adulto. En el Perú, la Enfermedad Cerebrovascular (ECV) es la tercera causa de muerte [(1)]; en la Región de Ica, ocupa el cuarto lugar dentro de las primeras causas de mortalidad [(2)]; en el Hospital Regional de Ica (lugar de la investigación), en el 2010 ocupó el tercer lugar dentro de las principales causas de mortalidad, y el cuarto lugar, para el año 2011, según la unidad de estadística e informática de dicho nosocomio. La calidad de vida (CV) de un paciente según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como "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" [(3)]. 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. [(4)]

La OMS, define Accidente Cerebrovascular (ACV) como el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral, con síntomas de veinticuatro horas o más de duración o que lleven a la muerte, sin otra causa que el origen vascular. [(5)] *Gana y Sobarzo*, en un Estudio de Calidad de Vida en pacientes con Accidente Cerebrovascular Isquémico, realizado en

Chile, concluyeron que los hombres alcanzan mayor puntaje en la encuesta SF-36, siendo las escalas Dolor Corporal, Salud General y Rol Emocional con valores estadísticamente significativos[6].

*T. Martins , J.P. Ribeiro , C. Garrett (*2006), en un estudio de Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria, mediante instrumento de evaluación de calidad de vida, la escala de COOP/WONCA, determinan que las alteraciones del estado afectivo-emocional detectadas repercuten en la calidad de vida de los participantes; concluyen que los pacientes, nueve meses después del episodio de AVC, presentan graves disfunciones físicas asociadas a alteraciones emocionales y psicológicas que determinan la necesidad de programas de apoyo dirigidos a las necesidades detectadas, así como a las familias y otras redes de apoyo informal [7].

I. Aprile et al, realizaron un estudio titulado "*Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation"* publicado en *Neurology Sciences* en el 2006.Sus resultados mostraron que en un programa de rehabilitación debe considerar no sólo la evaluación de la discapacidad, sino también la calidad de vida, que es más relevante para el paciente [8].

Aysa Silva Henao, et al, (2007), en un estudio acerca de la "Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla – Colombia, encontraron un mayor compromiso de la función física, además el rol físico, la vitalidad y la salud mental presentaron rangos bajos cerca de cero, que indican malas condiciones de salud. El dolor corporal y la función social con mejores condiciones. Los hombres obtuvieron mejores resultados, superando a las mujeres en casi la totalidad de los ítems evaluados en el test de calidad de vida [3].

Díaz-Tapia et al, publicaron el 2008, en un estudio sobre la calidad de vida en ictus isquémico, estudiando la "Calidad de vida (CV) y el estado neurológico funcional de pacientes a los tres años de sufrir un primer accidente vascular cerebral (AVC) isquémico". Determinaron que la Calidad de Vida varía inversamente con el incremento de la edad y con la gravedad del déficit funcional de pacientes que sobrevivieron a un infarto cerebral [9].

Felipe Rodríguez, Alfonso Urzúa, de la Universidad Católica del Norte de Chile, 2009, en un estudio de "Funciones superiores en pacientes con accidente cerebrovascular". Determinaron que sobre un 20% de la población con ACV evaluada presenta deterioro en al menos uno de los ítems evaluados, siendo las funciones ejecutivas, la memoria a largo plazo y la memoria a corto plazo las áreas mayoritariamente afectada en la población evaluada [10].

El objetivo del estudio fue determinar la percepción de calidad de vida de los pacientes que padecieron Accidente Cerebrovascular y que acudieron a consulta externa del servicio de Neurología en el Hospital Regional de Ica, durante los años 2010 – 2011, a través de la aplicación de la encuesta SF-36 V2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación aplicada, no experimental, transversal, cualitativa, de nivel descriptivo**.** La población, estuvo constituida por pacientes con diagnóstico de ECV, atendidos en el consultorio externo de Neurología del Hospital Regional de Ica durante los meses de agosto del 2010 a enero del 2011.

La muestra correspondió a todos los pacientes con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular (ACV), hombres y mujeres, mayores de 18 años de edad, diagnóstico demostrado por TAC cerebral o Resonancia Magnética, mecanismo etiológico hemorrágico no traumático y todas las etiologías isquémicas; se excluyeron a pacientes que presenten afasia, diagnosticado en otro hospital, que hayan cursado con un accidente isquémico transitorio (AIT), con enfermedades terminales crónicas y pacientes que no quieran participar en el estudio.

Se aplicó el cuestionario SF-36 V2, a los pacientes en sus respectivos domicilios, con previo informe del estudio y firma del consentimiento informado, garantizando la intimidad y anonimato.

El cuestionario de salud SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos. Está compuesto por 36 preguntas que cubren 8 escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Además el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, el componente salud física (CSF) y componente de salud mental (CSM), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión.

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas por la traducción directa de su máximo y su mínimo al mejor y el peor de los estados de salud posibles, así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente. Con el fin de obtener una estimación conjunta del coeficiente α de Cronbach de cada escala a partir de todos los estudios, las estimaciones conjuntas obtenidas a partir del metaanálisis de los coeficientes α de Cronbach fueron ≥ 0,9 para las escalas Función física, Rol físico y Rol emocional. Las estimaciones conjuntas del resto de las escalas superaron el valor de 0,7 [11].

Para la tabulación y el análisis de datos se utilizó el programa Stata V.11. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial, utilizando las pruebas t de Student, Ji cuadrado, Análisis de varianza (ANOVA) y coeficiente de Correlación de Pearson, aceptando un valor $p< 0,05$ como valor de significancia estadística.

Los datos fueron presentados en cuadros y/o figuras, utilizando el programa Microsoft office Excel y Microsoft office Word 2007.

RESULTADOS

El estudio se realizó en una muestra constituida por 56 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, de los cuales la edad de los pacientes fluctuó entre 28 y 91 años con una media de 72,66 y una desviación estándar de 10,8.

Un 52% de la población estudiada correspondieron al sexo masculino, el 82% (46/56) de los casos correspondieron a casos de ACV isquémico y 18% (10/56) a ACV de tipo hemorrágico Tabla 1.

Tabla 1. Características de la población estudiada.

Características	N	(%)
Sexo		
Masculino	29	(51,80)
Femenino	27	(48,20)
Tipo de ACV		
ACV Isquémico	46	(82,10)
ACV Hemorrágico	10	(17,90)
Lugar de Rehabilitación		
Hospital	24	(68,60)
Particular	11	(31,40)
Días de Hospitalización		
0 a 7	16	(28,57)
8 a 16	8	(14,29)
> 17	14	(25,00)

ACV = Accidente Cerebro Vascular

La distribución del ACV de tipo isquémico en nuestros pacientes según la clasificación *Oxfordshire Community Stroke Project* (OCSP), fue de 50% para infartos lacunares (LACI) y de 41% para infartos parciales de la circulación anterior (PACI) (Figura 1), y según los criterios de TOAST, 23% corresponde a Lacunar y un 20% aterotrombótico.

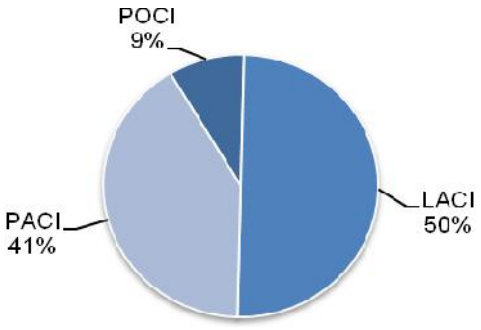

Figura 1. Accidente Cerebro Vascular Isquémico según clasificación de la *Oxfordshire Community Stroke Project* (OCSP) Hospital Regional de Ica, 2010-2011. LACI: Infartos lacunares, PACI: Infartos parciales de la Circulación anterior, POCI: Infartos de la Circulación Posterior

En relación con los tres principales factores de riesgo según tipo de ACV, se constató el diagnóstico de hipertensión arterial en 32/46 casos de ACV isquémico (69,57%), obesidad en 15/46 casos de ACV isquémico (32,61%), y dislipidemia en 14/46 casos de ACV isquémico (30,43%).

Tabla 2. Percepción de calidad de vida según la encuesta SF-36 V.2 en pacientes con enfermedad cerebro vascular, Hospital Regional de Ica, 2010-2011.

Escalas	Media	Desviación estándar
Componente de salud física		
Dolor corporal	53,49	28,23
Salud general	46,70	27,67
Función física	44,55	37,52
Rol físico	32,26	37,10
Componente de salud mental		
Rol emocional	38,99	41,01
Función social	55,37	37,06
Vitalidad	45,33	28,89
Salud mental	49,91	23,83

Las comorbilidades presentes al momento de realizar la encuesta SF-36 V.2 fueron cardiopatías (14,29%), enfermedades respiratorias (5,36%), hepáticas (1,79%), reumatológicas (3,57%), neurológicas (5.36%), tracto gastrointestinal (7,14%); sin embargo un 37,5% no presentaba comorbilidades. La percepción de la calidad de vida según el número de comorbilidades, arrojó un promedio de 49,19 puntos para los pacientes que no presentan comorbilidades, el grupo con una comorbilidad tiene un promedio de 44,14, y el grupo con dos comorbilidades, presentó un promedio de 32,66, se objetiva entonces que a mayor número de comorbilidades peor es la percepción de la calidad de vida.

En cuanto a la percepción de la calidad de vida evaluada por el cuestionario SF-36, las puntuaciones medias obtenidas en las escalas evaluadas (Tabla 2), donde se demuestra que el rol físico fue la dimensión más afectada en ambos sexos, presentando rasgos cercanos al cero dentro del cuestionario SF-36 V.2. Las dimensiones Dolor Corporal y Función Social mostraron mejores condiciones con respecto a las otras.

En relación con la edad y la calidad de vida, el grupo etario con un índice más alto en el cuestionario SF-36 V.2 fue el de 28 a 37 años (n=01) con un promedio de 60,63 puntos, obteniendo 55 puntos en el Componente de Salud Físico (CSF) y 66,25 puntos el Componente de Salud Mental (CSM); y el grupo etario con menor promedio en el cuestionario SF 36 V.2 fue el de 78 a 87 años (n=14) con un promedio de 34,09 puntos (33,08 en el CSF y 35,10 en el CSM).Se observó una relación positiva entre la edad y el puntaje en la dimensión dolor corporal (DC), (p=0,04) La puntuación más alta dentro del CSF, para el sexo

masculino, corresponde a dolor corporal (DC) con un puntaje de 52,86 ± 24,07 y para el CSM es la función Social (FS) con un puntaje de 55,62 ± 36,51. En el grupo de mujeres el mayor puntaje en el CSF corresponde a DC con una media de 54,17 ± 32,57, y 55,09 ± 38.33 para la FS en el CSM. Al comparar ambos sexos, no encontramos diferencias significativas en las escalas.

Según el análisis de varianza (ANOVA) entre el número de factores de riesgo y la percepción de la calidad de vida no hubo resultados estadísticamente significativos.

En relación a la percepción de la calidad de vida según el tipo de ACV, se obtuvo una media de 45,59 puntos para el ACV isquémico, obteniendo mayor puntaje en la escala Función Social (55,45 puntos); en los pacientes con ACV hemorrágico el promedio fue de 46,89, con un mayor puntaje en la escala de Salud mental. Se halló diferencia significativa en la escala de Salud Mental ($p<0,05$) con mayor puntaje en la percepción para el ACV hemorrágico y menor en el isquémico.

Al realizar el análisis de varianza, para la percepción de calidad de vida versus la clasificación TOAST *(Trial Org in Acute Stroke Treatment),* la puntuación media más baja en el SF-36 V.2 se dio en el grupo de pacientes con ACV de tipo aterotrombótico, que obtuvo 35,96 puntos; existiendo diferencia estadísticamente significativa en la percepción de salud en las dimensiones: función física, función social y salud mental según tipo de ACV isquémico.

En la percepción de la calidad de vida según la clasificación de OCSP *(Oxfordshire Conmunity Stroke Project)*, la puntuación media más baja en el SF-36 V.2 se obtuvo en el grupo de pacientes con ACV isquémico de tipo PACI (Infarto Parcial de la Circulación Anterior), que obtuvo una media de 34,26 puntos; hubo diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$) en la percepción de salud en las dimensiones Función Física, Salud General y Salud Mental según tipo de ACV Isquémico.

La percepción de la calidad de vida de los pacientes que habían tenido control en los últimos 3 meses, fue significativa para la dimensión dolor corporal con un puntaje de 57,62. Se describe que el Componente de Salud Físico (CSF), tuvo diferencia significativa ($p<0,05$) en los últimos 3 meses con una media de 47,32 puntos.

La percepción de la calidad de vida en relación al lugar de rehabilitación (hospitalaria o particular), presenta niveles significativos para la escala de función social (FS) ($p=0,0305$) y salud mental (SM) ($p=0,0058$), cuando la rehabilitación se realizó a nivel hospitalario. Ambas dimensiones corresponden al componente de salud mental.

DISCUSIÓN

Se muestra una predominancia para el sexo masculino, lo cual no difiere de lo publicado en la literatura mundial pues epidemiológicamente el sexo masculino es el que mayor incidencia de casos presenta. La media de la edad de pacientes con ACV, fue de 72,66 años, lo cual coincide con la mayoría de trabajos de ACV, entre ellos, un estudio realizado en Chile (2006) por Gana, con una media de 64,48años, en España (2005) por Hérvas con una media de 81,44 años. El 82% de ACV fueron de tipo isquémico, el cual concuerda con estudios epidemiológicos [5, 6, 12,13].

Se observó que entre los principales factores de riesgo está la hipertensión arterial presente en más del 69% de la muestra. Así mismo nuestro trabajo muestra que a mayor número de factores de riesgo para ACV, es menor el puntaje de la percepción de la calidad de vida según el SF-36 V.2 si bien es cierto en los trabajos revisados no se halla un dato similar, es importante comunicarlo ya que es coherente clínicamente. [6,12] Del mismo modo a mayor número de comorbilidades, los pacientes refieren peor percepción de calidad de vida [14].

La mayoría de casos correspondieron a ACV tipo Isquémico, siendo el infarto Lacunar (LACI) el tipo de ACV Isquémico más frecuente según las clasificaciones usadas en este trabajo (TOAST y OCPS), esto difiere de lo publicado por Gana y Tejedor en donde los más frecuentes fueron los Infartos parciales de la circulación anterior (PACI). Como es conocida la causa más común de los Infartos Lacunares es la lipohialinosis asociada a hipertensión arterial, el cual fue el factor de riesgo principal en nuestra población, en tanto que los infartos parciales, tiene como causa más frecuente al cardioembolismo y la arterioesclerosis en proporción similar. En nuestra muestra sólo se presentaros 2 pacientes con cardioembolismo, por lo cual nosotros concluimos que la mayor proporción de LACI en nuestra muestra fue por la alta prevalencia de hipertensión arterial [6,13].

En el análisis global de todas las dimensiones para la percepción de la calidad de vida según la encuesta SF-36 V.2, se halló que la escala menos afectada fue: Dolor corporal [3], debido a que la ACV, en la mayoría de los casos no causa síndrome doloroso, siendo una de las excepciones el síndrome talámico doloroso de Déjerine – Roussy, que causa dolor neuropático intenso del hemicuerpo contra lateral, pero cuyos casos no se presentaron en nuestro estudio.

Se halla una tendencia que a mayor grupo etario, peor es la percepción de la calidad de vida, esto concuerda con el trabajo de Gana en Chile [6].

Se observa una relación positiva entre la edad y el puntaje en la dimensión de Dolor Corporal (DC), con un valor de $p=0,04$, es decir que el paciente a mayor edad percibe menor dolor corporal y menos limitaciones debido a él, como también se demuestra en los antecedentes revisados [5,6]. No se halló diferencia significativa entre el sexo y la percepción de la calidad de vida [3, 6, 7,9].

Se encontró que a mayor número de factores de riesgo hay una menor puntuación para rol físico, lo que significa que el paciente percibe que tiene problemas en la realización de actividades diarias y en el trabajo debido a su salud física [15].

Los pacientes que padecieron de ACV isquémico, tuvieron menor puntaje en la escala de Salud mental, lo que quiere decir, que el paciente percibe mayor sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo, debido a que

el pronóstico funcional en el ACV Isquémico, suele ser peor comparado con los ACV Hemorrágico [3,6,9].

El infarto aterotrombótico es el que se asocia a peor percepción de calidad de vida, en la función física, es decir el paciente percibe mayor limitación para llevar a cabo todas las actividades físicas incluso bañarse, en referencia a la función social, percibe que, existe una interferencia extrema y frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos emocionales y con respecto a la Salud mental hay sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo. Esto se explica por el hecho que la aterotrombosis suele afectar a las arterias de mediano y gran calibre. El infarto tipo PACI, es el que se asocia a peor percepción de calidad de vida en la salud general, es decir, el paciente evalúa como mala su propia salud y cree la posibilidad de empeorar; en la función física y en la salud mental ya descritas. Debido que el infarto PACI suele ocasionar disfunción cerebral cortical, déficit motor y/o sensitivo parcelares, a diferencia de los Lacunares que suelen comprometer menor área parenquimal (<15mm) [9].

La realización de fisioterapia a nivel hospitalario, se acompañó de una mejor percepción de la calidad de vida para la función social y salud mental. Lo que consideramos directamente relacionado a la calidez de atención, esto coincide con lo publicado lo de Díaz y col [9].

Agradecimiento: Dr. Jesús Arana Retamozo.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Correspondencia:
Dr. Ángel Anicama Hernández
Urb. Puente Blanco 4ta etapa Mz. E Lote 01. Ica, Perú.
Correo electrónico: anicamp@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Ministerio de Salud del Perú (MINSA).** Análisis de la Situación de Salud del Perú (ASIS). 2007.

2. **Dirección Regional de Salud de Ica (DIRESA-ICA).** Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la Región Ica. 2010.

3. **Silva H et al.** Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de barranquilla (Colombia). Salud Uninorte 2009; 25(1):73-79.

4. **Sociedad Española de Neurología**. Guía para el Diagnóstico y tratamiento del Ictus (1a. ed.). Sociedad Española de Neurología; 2006.

5. **Silva F et al.** Enfermedad cerebrovascular en Colombia. Revista Colombiana de Cardiología, Bogotá 2006; 13(2): 85-89.

6. **Gana J, Sobarzo M.** Estudio de Calidad de Vida en Pacientes con Accidente CerebroVascular Isquémico [Tesis de licenciatura]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2006.

7. **Martins T, Ribeiro J, Garret C.** Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. Revista de Neurología 2006; 42: 655-9.

8. **Aprile I, Piazzini D, Caliandro P, Pazzaglia C, Tonali P y Padua L.** Predective variables on disability and quality of life in Stroke outpatients undergoing rehabilitation. Neurol Sci 2006; 27(1): 40-46.

9. **Díaz-Tapia V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo-Muñoz A e Illanes-Díez S.** Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico. Revista Neurología 2008; 46:652-655.

10. **Rodríguez F, Urzúa A.** Funciones superiores en pacientes con accidente cerebro vascular. Revista Chilena neuropsicología 2009; 4 (1): 20-27.

11. **Vilagut G et al.** El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit, Barcelona 2005; 19(2):135-150.

12. **Hervás A.** Factores de riesgo de ictus. Estudio caso-control en una población de la Comunidad Foral de Navarra. An Sist Sanit Navar. 2005; 28 (3): 325-33.

13. **Díez-Tejedor E, Del Brutto O, Álvarez-Sabín J, Muñoz M y Abiusi G.** Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. Revista de Neurología. 2001; 33: 455-64.

14. **Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E**. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives. Arch Med Res. 2005; 36(2):136-41

15. **Aidar F, Silva A, Reis V, Carneiro A y Carneiro-Cotta S.** Estudio de la calidad de vida en el accidente vascular isquémico y su relación con la actividad física. Revista de neurología 2007; 45 (9): 518-522.

Recibido: 14/04/2012
Aceptado para publicación: 25/07/2012