



**UGR** Universidad  
del Gran Rosario

**TESINA**

presentada para acceder al título de grado de la carrera de  
**LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA**

**Título**

**“Evaluación de calidad de vida relacionada a la salud durante el  
proceso de externación de personas luego de un accidente  
cerebrovascular”**

**Autor:**

**Octavio D'Angelo**

**Directora:**

**Esp. Melina Bufarini**

**Fecha de presentación:**

**19/03/2024**

**Sede: Rosario**

## **Agradecimientos**

Tengo la fortuna de estar rodeado de gente maravillosa en todos los sentidos. Su bondad, amor y compromiso son mi inspiración y la base sobre la que se erigió este trabajo. No solo por el apoyo recibido sino también por sembrar el deseo de facilitar la visualización de las dificultades que surgen de las situaciones difíciles que atraviesan las personas con las que trabajamos a diario. Este trabajo es un humilde memento para todos ellos.

A mi familia, no hay palabras que alcancen.

A mis amigos, que son familia por elección. ¡Acá estamos, brodis!

A mi Melina Bufarini por la guía y las mil dudas resueltas, cualquiera fuera su complejidad.

A la UGR, todas y cada una de las personas que la componen. Docentes y alumnos.

A las personas que tuve el honor de “atender” durante mi recorrido pre-profesional.

A los malos momentos de la vida, que me encauzaron.

Pocas palabras, inmensurables los sentimientos.

## Resumen

La expectativa de vida mundial se ha visto incrementada gracias a los avances en ciencia y tecnología de los últimos años. A esto se debe el aumento en la incidencia de enfermedades como los accidentes cerebrovasculares (ACV), que conllevan un deterioro en la salud y en los planes de vida de aquellas personas que los sobreviven. El surgimiento del concepto de Calidad de Vida Relacionado a la Salud (CVRS) cobra entonces un rol preponderante en el escenario de la rehabilitación, el alta médica y el futuro de las personas afectadas.

**Objetivos:** Analizar la calidad de vida relacionada a la salud de un grupo de personas con un accidente cerebro vascular que estén prontos a la externación de una clínica privada de Rosario. Para dicho fin se pretende indagar acerca de los requerimientos y criterios para el alta, la percepción de los profesionales de la salud sobre estos, la percepción de las personas entrevistadas sobre su CVRS y vincular los resultados de las evaluaciones con los datos demográficos y etnográficos relevados. **Metodología:** Se realizó un estudio que consistió, por un lado, en una revisión bibliográfica de la literatura disponible acerca de la CVRS y el valor que ofrece como herramienta de evaluación en personas que han vivido un ACV. Por otro lado, se llevó a cabo un trabajo de campo en el que se evaluó la CVRS de personas que hubieran vivido un ACV o más y que estuvieran transitando el proceso de alta en una clínica privada de rehabilitación de la ciudad de Rosario por medio del cuestionario EuroQoL-5D (EQ-5D) y de entrevistas semiestructuradas, con sus respectivas notas de campo. A su vez se vinculó estos resultados con los datos demográficos y etnográficos recabados de las entrevistas e historias clínicas. **Resultados:** Siendo la CVRS un concepto sumamente subjetivo, resulta comprensible la heterogeneidad en las percepciones que presentan las personas sobre su propio estado de salud y las dimensiones y criterios que consideran más relevantes a la hora de elaborar su opinión. La mayoría de las personas evaluadas consideraban tener un buen estado de salud previamente al alta, reflejado en los resultados del EQ-5D. Asimismo, la mayor parte de ellos refirieron que su entorno familiar y social es de suma importancia, sirviendo de sistema de apoyo. Los profesionales de la clínica donde se realizó el trabajo de campo no consideran la CVRS como un criterio evaluable de manera fiel, por lo que no se utiliza este criterio como uno de los seleccionados para dar el alta. Asimismo las personas evaluadas mostraron ser muy diversos en cuanto a edad, sexo, factores de riesgo, y ocupación. **Conclusiones:** La CVRS podría ser un elemento de mucha ayuda para orientar el tratamiento y contemplar el estado de la persona a la hora de comenzar con el proceso de alta, identificando carencias y fortalezas del tratamiento y preparativos para la vida por fuera de la clínica. La educación es una potente herramienta para combatir la ansiedad y la depresión. **Palabras clave:** Accidente cerebrovascular/ Stroke, Calidad de Vida relacionada con la salud/ Quality of Life, Alta del

paciente/ Patient Discharge, Rehabilitaci3n Neurol3gica/ Neurological Rehabilitation,  
Encuestas y Cuestionarios/ Surveys and Questionnaires.

## Índice

I.Introducción.....	1
II.Objetivos.....	3
II. a. Objetivo General.....	3
II. b. Objetivos específicos.....	3
III.Marco Teórico.....	4
III. a. Sistema de salud Argentino.....	4
III. b. Salud y Calidad de Vida Relacionada a la Salud.....	5
III. c. Accidente cerebrovascular.....	7
III. c. 1. Clasificación.....	9
III. c. 2. Factores de riesgo.....	10
III. c. 3. Clínica y diagnóstico.....	11
III. c. 4. Evolución y etapas de rehabilitación.....	12
IV.Justificación.....	16
V.Metodología.....	18
VI.Resultados.....	21
VI. A. Búsqueda bibliográfica.....	21
VI. A. 1 Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	22
VI. A. 2. Análisis de los resultados de la búsqueda bibliográfica.....	26
VI. B. Resultados del trabajo de campo.....	27
VI. B. 1. Criterios de externación.....	27
VI. B. 2. Resultados de las evaluaciones de CVRS.....	29
VI. B. 3. Antecedentes, datos demográficos y etnográficos.....	31
VI. B. 4. Percepción de los pacientes en relación a su CVRS .....	37
VI. B. 5. Percepción de los profesionales sobre los criterios de alta.....	37
VII.Discusión.....	38
VIII.Conclusión.....	44
IX.Referencias Bibliográficas.....	46
X. Anexos.....	49

## I. Introducción

La salud y la enfermedad son dos conceptos universales, que suelen interpretarse de forma dicotómica: como dos caras de una moneda; blanco y negro. La salud es un fenómeno sumamente complejo, con múltiples variables que la componen, como son el contexto histórico, cultural, económico, las creencias, los valores sociales y personales, entre otros. Por esto mismo, sería lógico pensar que, más que un carácter binario la salud bien podría interpretarse como un espectro, distinto para cada individuo y su propia realidad.

Históricamente la noción de salud y enfermedad se ha analizado desde el paradigma biomédico-cientificista, el cual propone a la enfermedad como una alteración de la biología “normal” que, por el mero hecho de existir, implica una limitación. Se enfoca en la atención de la enfermedad y busca atenderla una vez que haya surgido. En este caso la erradicación de la enfermedad vendría asociada a salud y bienestar por definición. En contraposición existe el paradigma sociológico-humanista, que se centra en el cuidado de la salud y tiene como principal objetivo hacer que dicho cuidado permita desarrollar a la persona su proyecto de vida, acomodándose a su realidad y teniendo en cuenta la enfermedad. A esto se le llama calidad de vida (QoL por sus siglas en inglés). Este paradigma no supone que haya una relación de directa proporcionalidad entre la afectación del organismo y la calidad de vida, sino que depende del proyecto de vida de la persona. Por lo tanto, puede decirse que la QoL es subjetiva e individual.<sup>1</sup>

El exponencial desarrollo de ciencia y tecnología que ha experimentado el mundo en los últimos años ha prolongado la expectativa de vida en tiempo, así como mejorado, en rasgos generales, las condiciones de la misma. Ciertas enfermedades que en otros tiempos hubieran llevado a una muerte prematura son tratadas actualmente y se han desarrollado comodidades que disminuyen la morbilidad. Como contracara de esto, el aumento de tiempo de vida ha venido acompañado del progresivo deterioro de los distintos sistemas orgánicos, con la aparición de enfermedades que solo han comenzado a manifestarse tras eliminar amenazas más inmediatas. Asimismo, las enfermedades crónicas no transmisibles y las secuelas de diversos cuadros patológicos son ahora una problemática común en términos generales, aunque su incidencia es notoriamente diversa según cada contexto (geográfico, social, cultural, político-económico, etc). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ubica al Accidente Cerebrovascular (ACV) como la segunda causa de muerte a nivel mundial, con 5 millones de muertes anuales, afectando principalmente a adultos de mediana edad y ancianos. Simultáneamente constituye el primer lugar como causante de un elevado 69 grado de discapacidad entre un 25,0 a 40,0 % de los casos. Actualmente el mayor riesgo de ACV se da en Asia oriental, Europa Central y Europa oriental. En lo que a Argentina

respecta, es una de las patologías más frecuentes. Se registran 126 mil casos por año, de los cuales 18 mil terminan en muerte. Se espera que estos números se incrementen, dado el permanente incremento en la esperanza de vida a nivel mundial por los adelantos tecnológicos y científicos.<sup>2</sup> Es ante esta problemática que surge la necesidad de evolucionar la atención en salud y los recursos terapéuticos para las personas afectados por esta dolencia: la comprensión de la realidad de cada sujeto, la formación de los/as profesionales de todas las disciplinas relacionadas a la salud, una fluida comunicación entre ellos, el trabajo interdisciplinar, el estudio de técnicas y herramientas que pudieran beneficiar a los damnificados y la optimización de los tiempos y herramientas de atención y rehabilitación. Pero las secuelas dejadas por una enfermedad no desaparecen al momento en el que la persona que la vivió egresa del efector de salud. La vida continúa, las actividades de la vida diaria seguirán siendo realizadas, las necesidades de la persona cambian. Es a partir de esto que se presentan las incógnitas de en qué condiciones está la persona al momento del alta, con qué herramientas cuenta y cómo evolucionará el cuadro.<sup>3-5</sup>

## **II. Objetivos:**

### **II.A. Objetivo general:**

- Analizar la calidad de vida relacionada a la salud de un grupo de personas con un accidente cerebro vascular que estén prontos a la externación de una clínica privada de Rosario.

### **II.B. Objetivos específicos:**

- Indagar acerca de los requerimientos y criterios para la externación de las personas en cuestión según la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) evaluada.
- Conocer las percepciones que tienen los entrevistados de su CVRS al momento previo a la externación.
- Vincular los resultados de la evaluación de CVRS con datos demográficos y etnográficos relevados.
- Conocer las percepciones de los/as profesionales de la rehabilitación en torno a los requerimientos y criterios de externación.



### **III. Marco teórico**

#### **III. A. Sistema de salud Argentino**

El sistema de salud de Argentina se compone de tres sectores: el público, el privado y el de seguridad social. El sector público es el que ofrece sus servicios a cualquier ciudadano/a que acuda al mismo, sea de nacionalidad argentina o no. Su gestión está a cargo de organismos nacionales, provinciales y municipales, y las actividades de atención se llevan a cabo en hospitales (de baja, mediana y alta complejidad) y centros de salud de atención primaria. La población que accede a los servicios de atención pública en el país equivale aproximadamente a un 36% de la población. Por su parte, el 61% de los habitantes se encuentran cubiertos por obras sociales. Esta cobertura garantiza atención por parte de prestadores privados dentro de la cartilla de cada Obra Social. Por último, el sector privado atiende a particulares y beneficiarios de las obras sociales, cubriendo al 13% restante de la población.<sup>6,7</sup>

En relación a las prestaciones de los establecimientos de salud públicos, varían según el personal sanitario, su nivel de formación, los equipamientos y técnicas, insumos y capacidad de atención disponibles. Todos estos recursos suelen ser más limitados que en el sector privado debido a la tasa de uso de las poblaciones, los costos de prestaciones y capacidades de pago. Esto puede llevar a demoras en los tiempos de admisión, de obtención de insumos para determinados procedimientos, entre otras complicaciones.<sup>7,8</sup>

Las Obras Sociales son instituciones que brindan cobertura a los beneficiarios, financiando el acceso a prestaciones predefinidas. Este financiamiento es posible gracias al pago de cotizaciones (aportes y contribuciones) que representan una proporción de los ingresos brutos. Estos aportes provienen de los trabajadores formales activos y pasivos, a cambio de cobertura para ellos y sus grupos familiares.<sup>7</sup>

El sector privado es la tercera modalidad de atención de la salud en Argentina, y está compuesto por las personas físicas o jurídicas que brindan prestaciones de prevención, protección, tratamiento y/o rehabilitación de la salud a los usuarios a través de un pago voluntario.<sup>7</sup>

Más allá de las posibilidades individuales de acceso a uno u otro sector, la cercanía geográfica, el nivel de especialización de los/as profesionales e instalaciones, la complejidad del caso y de la atención requerida son algunos de los criterios que guían la decisión a la hora de solicitar atención. La internación de personas, por ejemplo, se llevará a cabo en hospitales o clínicas a las que se tenga acceso y que puedan cumplir con las necesidades de la persona a atender.<sup>7,8</sup>

En lo que a la atención de pacientes críticos respecta, incluyendo a aquellos que hayan vivido un ACV, el tiempo de demora de la atención es de suma importancia, por lo que la elección del efector se limita a aquel de mayor proximidad que cumpla con el nivel de especialización necesaria para el caso. Por ejemplo, en una primera instancia, una persona que tuvo un ACV requerirá de cuidados inmediatos y de alta complejidad, por lo que será ingresada a una unidad que tenga los recursos necesarios. Una vez mejorado su estado, se podrá ingresar a una unidad de cuidados intermedios y luego a una atención ambulatoria, sea en el mismo efector o en otro, por medio de una derivación médica.<sup>8,9</sup>

### **III. B. Salud y calidad de vida relacionada a la salud**

El proceso de atención en el marco de una rehabilitación se vincula directamente con la relación que el sistema de salud establece con el proceso de salud-enfermedad, o bien, cómo los conceptualiza e interpreta.<sup>10</sup> Esto implica que es necesario comprender la complejidad de la salud como una construcción cultural, influenciada por diversos factores como la historia, las creencias, los valores, las redes de significados comunes, y la estructura económica y política. Por este motivo resulta difícil establecer estándares de salud ya que, por ser la medicina una ciencia social, son las personas quienes deben definir qué es salud para ellas. Desde esta perspectiva, cobra relevancia el concepto de calidad de vida, como un valor representativo percibido por cada persona cualificando un estado saludable que les permita el desarrollo de su proyecto de vida. En relación, la definición de enfermedad desde su etimología hebrea significa "debilidad", pero desde el dialecto judío antiguo se traduce como "sin proyectos".<sup>1</sup>

Aunque muchas veces se usan como términos intercambiables, la Calidad de Vida (QoL, por sus siglas en inglés) y la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (HRQoL, por sus siglas en inglés) no son sinónimos. El concepto de QoL comenzó a ser utilizado en la década de los sesenta cuando, tras haber aumentado la expectativa de vida, se hacía insuficiente pensar en "cuánto vive la gente", dando lugar a pensar "qué tan bien se vive" ese recientemente prolongado tiempo de vida.<sup>11-13</sup> Como se ha mencionado, el concepto de QoL significa algo distinto para cada persona, pero siempre hace referencia a la salud, el confort y la felicidad de la persona. Por esto mismo no es una herramienta utilizable para medir el impacto de una enfermedad o un tratamiento. Ante esta dificultad es que surge el concepto de HRQoL, el cual se erige en base a dimensiones preestablecidas para minimizar el carácter subjetivo, permitiendo ser medida y comparada. Si bien existen múltiples definiciones para ambos conceptos, la constante es que la HRQoL se construye sobre la amplia base que es la QoL, haciendo énfasis en la interacción entre las nociones

individuales de salud, enfermedad, tratamiento de estas y calidad de vida respecto a las expectativas y a la autopercepción de estas dimensiones de cada persona.<sup>13</sup>

Entonces, la Calidad de vida Relacionada a la Salud es un constructo formado a partir del estado de salud actual de una persona teniendo en cuenta los cuidados sanitarios que requiere, en relación al nivel de función percibido por el individuo en aquellas actividades y funciones que le sean relevantes. Se recogen aspectos objetivos y subjetivos correspondientes a las cuatro dimensiones que forman la CVRS: la dimensión funcional, física, psicológica y la social. Entre estas no hay una cuya relevancia destaque por sobre las demás. Dado a que las dimensiones se relacionan estrechamente entre sí, es claro que el cambio de una, para bien o para mal, afectará a las otras. La calidad de vida relacionada a la salud evoluciona continuamente: se verá alterada por la progresión tanto de la enfermedad como del tratamiento. Debido a esto último es que la interpretación del concepto así como de las variables modificables que lo componen permitirá a los/as profesionales de distintas áreas intervenir en pos de mejorar la CVRS de cada persona. Al respecto, la OMS hace referencia al contexto cultural y social como un factor significativo vinculado a las expectativas del individuo.<sup>14,3,15</sup>

Un concepto tan individual presenta la necesidad de parámetros de evaluación que permitan su medición contemplando la singularidad de cada caso. Los instrumentos de medición se clasifican en:

- Genéricos: son instrumentos diseñados para ser utilizados en un amplio abanico de situaciones, sacrificando la especificidad y la sensibilidad en favor de aplicarse en la población en general. La combinación con datos de supervivencia proporciona una medida llamada AVAC (años de vida ajustados por calidad). Algunos de los más conocidos son el SF-36 y el EuroQoL-5D.<sup>16,17</sup>

- Específicos: son aquellos creados en base a situaciones concretas, como pueden ser aspectos demográficos (sexo, edad, etnia, etc), enfermedades concretas, síntomas y otros. Esto permite que sean más representativas de las necesidades de dichos individuos, siendo más sensibles a determinados cambios que podrían no reflejar un cambio en instrumentos genéricos. Ejemplos pueden ser EUROHIS-QOL, WHOQOL-100, SEIQoL-DW, por mencionar algunos.<sup>16,17</sup>

En el campo de la evaluación de la CVRS se recomienda combinar la evaluación con un medio genérico y uno específico, ambos validados.<sup>16,17</sup>

### EuroQoL-5 Dimensions (EQ-5D)

Por su parte, el EuroQoL-5D es una evaluación de CVRS genérica mediante la cual una persona valora su estado de salud. Tiene una versión en español adaptada por Badía et al (1999) y ha sido validado en Argentina. Existen dos variantes: 3L y 5L. La primera asigna 3 niveles a cada dimensión, entre las cuales el entrevistado selecciona aquel que considera representa mejor su estado. El 5L agrega dos niveles más a cada dimensión. El desarrollo de este instrumento de evaluación implica dos etapas que a continuación se describen en su versión 3L.<sup>3,18,19</sup>

La primera parte de la evaluación consiste en clasificar el estado de salud según cinco dimensiones: movilidad, cuidados personales, actividades habituales, dolor/discomfort y depresión/ansiedad. Estas son puntuadas según perfiles designados por números del 1 al 3, siendo 1 análogo a “sin problemas”, 2 representando “algunos problemas” y 3 “problemas graves”.<sup>3</sup> Todos los puntajes deben ser dados en consideración al *estado de salud a día de hoy*. La combinación de los números obtenidos de las cinco dimensiones arrojará un número de cinco dígitos.<sup>18</sup>

La segunda parte se realiza mediante el uso de una escala visual analógica (VAS) que va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable) con la cuál el individuo plasmará la percepción subjetiva de su estado de salud general.<sup>18</sup>

### **III. C. Accidente Cerebrovascular**

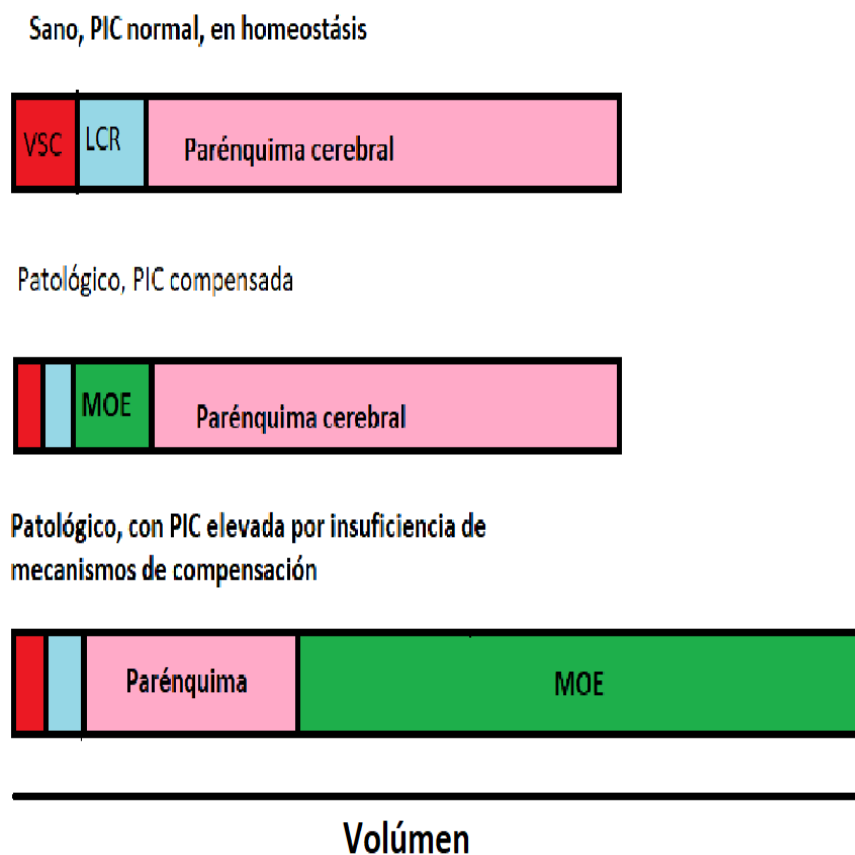
El Accidente Cerebrovascular (ACV), también llamado ictus, apoplejía, infarto cerebral, entre otros, es un cuadro neurológico que ocurre a partir de la interrupción de la vascularización del cerebro. Esta afección puede ocurrir a partir de un proceso de hemorragia o de isquemia en algún vaso sanguíneo cerebral. En la primera existe una ruptura de la estructura vascular con el consiguiente vuelco de sangre y en la segunda una obstrucción del vaso sanguíneo con la consecuente isquemia y edema cerebral.<sup>1,20</sup>

Para comprender las consecuencias fisiopatológicas de un ACV es necesario conocer la doctrina de Monro-Kellie, que describe la homeostasis de la presión intracraneal y cómo reacciona ésta a cambios variables. Al respecto, la sangre extravasada (como puede suceder en una hemorragia) ocupará un espacio, el cual es limitado dentro de la bóveda craneana, que es inextensible.<sup>21</sup> En situaciones fisiológicas, la presión intracraneal (PIC) está formada por la presión que genera la ocupación de volumen de tres componentes: un 80% del espacio corresponde al parénquima cerebral, 10% al líquido cefalorraquídeo y 10% más al volumen sanguíneo cerebral. Los valores normales de la misma se encuentran entre

10 y 15 mmHg. Se encontrará elevada si el valor es de 15 a 20 mmHg, y se tratará de un síndrome compartimental cuando esté por encima de los 20 mmHg. <sup>1,22</sup>

Al producirse un cambio en el contenido alojado dentro de la cavidad craneana, sea por un incremento de alguno de los tres componentes o por la aparición de una cuarta masa ocupante de espacio, se pondrán en marcha mecanismos compensatorios. Inicialmente, parte del líquido cefalorraquídeo se redistribuye hacia el espacio subaracnoideo de la médula. El volumen sanguíneo cerebral disminuye al aumentar el tono de los vasos cerebrales, disminuyendo el flujo sanguíneo cerebral. Estos mecanismos de autorregulación cerebral pueden no ser suficientes para amortiguar el aumento de volumen anómalo, y es entonces cuando se produce un aumento de la PIC. <sup>22</sup>

Figura 1: Representación gráfica del principio de Monro-Kellie, adaptado de Oswal A, Toma AK. *Intracranial pressure and cerebral haemodynamics. Anaesth Intensive Care Med. 2017;18(5):259-63.* Se representa el volumen sanguíneo cerebral (VSC), el líquido cefalorraquídeo (LCR), el parénquima cerebral y la masa ocupante de espacio (MOE).



En relación a las causas de los ACV, como se ha mencionado, pueden identificarse aquellas de carácter hemorrágico y aquellas de origen isquémico. Independientemente de la causa, el accidente cerebrovascular implica una interrupción de la llegada de sangre al territorio distal a la oclusión o al sangrado del vaso sanguíneo. Esta ausencia de perfusión es relevante dado que el cerebro se mantiene vivo y funciona gracias al oxígeno y nutrientes que transporta la sangre arterial continuamente.<sup>1,21,22</sup>

### III. C. 1. Clasificación

Según el territorio vascular comprometido un ACV puede clasificarse en:

- Enfermedad de los grandes vasos
- Enfermedad de los vasos circunferenciales
- Enfermedad de los vasos perforantes

Por otro lado, según la duración de los síntomas un ACV puede clasificarse en:

- Ataque isquémico transitorio (menor a 24hs)
- Infarto cerebral constituido (mayor a 24 hs)
- Infarto cerebral progresivo (mayor a 24 hs, durante las cuales la sintomatología va en aumento)

Sin embargo, la clasificación más utilizada actualmente es la que categoriza el episodio según la etiología del cese del flujo sanguíneo: ACV isquémico y ACV hemorrágico.<sup>21</sup>

Los ACV isquémicos son los más frecuentes, ocurriendo en el 80% de los casos de ACV totales. La interrupción repentina del flujo sanguíneo por oclusión de vasos se debe a trombosis o embolia e implica que el área habitualmente irrigada por el recorrido distal a la obstrucción no pueda cumplir con sus funciones y, en caso de no restituirse, comience el proceso de necrosis. Generalmente la circulación colateral logra compensar una obstrucción paulatina por vía de las arterias carótidas y la arteria vertebral, gracias a las anastomosis del polígono de Willis y otras arterias mayores. Si estas vías fueran afectadas también por procesos de arteriosclerosis, émbolos, trombos o una anatomía irregular, el flujo sanguíneo normal no podrá mantenerse. Cuando el flujo disminuye un 5% del normal durante más de 5 minutos comienza a producirse muerte neuronal. La cantidad de neuronas afectadas y la velocidad de progreso del deterioro dependerá de la severidad de la isquemia, produciéndose un infarto (muerte del tejido) tras una isquemia grave de más de 15 minutos.<sup>1,21,22</sup>

Por su parte, los ACV hemorrágicos son el 20% restante de los casos totales. Consisten en episodios de sangrado de los vasos que irrigan el territorio cerebral, debido a

la ruptura de uno o más de estos. Asimismo si se comprime el sistema ventricular podrá alterarse la circulación de líquido cefalorraquídeo. En caso de mantenerse esto, la sucesión de eventos desencadenará potencialmente una hidrocefalia aguda. De no existir un abordaje inmediato y adecuado, tanto la sangre como el edema y el líquido cefalorraquídeo ocuparán cada vez más volumen, desplazando las estructuras del sistema nervioso y así provocando daños significativos, siendo el enclavamiento bulbar el final de este proceso, cuyo desenlace es la muerte.<sup>23,20</sup>

### **III. C. 2. Factores de Riesgo**

Los factores de riesgo que predisponen a la aparición de un ictus son categorizados en dos grupos:

- *Factores de riesgo intrínsecos*: son aquellos que dependen de la persona en sí, determinados por su genotipo. También son llamados factores no modificables, dado que radican en características inherentes de la persona.

- o *Edad*: el riesgo aumenta con la edad, particularmente a partir de los 55 años. Se calcula que el riesgo se duplica por cada década vivida a partir de entonces. La edad es relevante dado que las personas jóvenes, sin previas alteraciones de su SNC, tienen naturalmente una mayor neuroplasticidad que aquellos progresivamente mayores. Esto implica que el SNC puede generar nuevas sinapsis, formando vías alternas, entre las neuronas preexistentes, generando una suerte de by-pass de las áreas afectadas por el cuadro. De esta manera es posible que la persona en cuestión pueda recuperar ciertas funciones. Asimismo la edad está directamente asociada al riesgo de padecer un ACV y con mayor mortalidad a causa del mismo.<sup>21,24</sup> También se asocia a más fragilidad, deterioro del estado de salud general y menor CVRS, requiriendo por tanto mayores cuidados y tratamientos más exhaustivos.<sup>25</sup>

- o *Sexo*: la incidencia es mayor en hombres que en mujeres.

- o *Raza*: el riesgo es mayor en personas de raza afroamericana.

- o *Genes*: el riesgo aumenta en personas que presentan antecedentes de ictus familiares.

- o *Antecedentes personales*: un episodio previo en el haber de la persona se asocia a un aumento de riesgo de que haya un nuevo ACV.

- *Factores de riesgo extrínsecos*: son los que corresponden al entorno, los hábitos, las condiciones del medio y los elementos con los que interactúa la persona. A estos factores también se les llama “modificables”, dado que consisten en cuestiones sobre las que se puede intervenir para así reducir el riesgo.

- Hipertensión arterial: se considera cuando el valor de T.A. sistólica mayor o igual a 130 mmHg o valores de la T.A. diastólica mayor o igual a 80 mmHg.
- Diabetes
- Obesidad
- Dislipidemia
- Consumo excesivo de alcohol
- Tabaquismo
- Uso de drogas anticonceptivas orales
- Sedentarismo
- Hipercoagulabilidad
- Consumo de drogas no recetadas

Los factores de riesgo suponen un aumento estadístico de la posibilidad de que se produzca un ACV. Sin embargo, habrá casos donde se produzcan no habiendo factores de riesgo previos, y casos opuestos donde personas con muchos de estos no vivan uno.<sup>20,24</sup>

### **III. C. 3. Clínica y diagnóstico**

En la mayoría de los casos el cuadro se presenta mediante la aparición abrupta de síntomas como confusión, pérdida o dificultad del habla y del movimiento, debilidad, pérdida del equilibrio, alteraciones sensoriales como pérdida de la visión de uno o ambos ojos o fuertes dolores de cabeza sin causa aparente con o sin vómitos de tipo central. Dentro de los mencionados, la cefalea, el coma, el estupor y los vómitos son más frecuentes en los ACV hemorrágicos. El reconocimiento de estos datos clínicos sumados al relato de la persona o un acompañante del evento y factores de riesgo, así como estudios complementarios, permitirán llegar al diagnóstico.<sup>1,21,22</sup>

El uso de estudios complementarios es crucial para llevar a cabo un correcto diagnóstico diferencial. La Tomografía Computarizada (TC) permite visualizar colecciones hemorrágicas (elevada sensibilidad) o áreas de isquemia pero suele ser efectiva a partir de la primera hora del cuadro. En algunos casos podrán apreciarse borramientos de surcos, llenado de los ventrículos, efectos de masa que pudieran denotar edema, tumores, etc. Se puede usar contraste para facilitar la detección de isquemia. La resonancia magnética (RM) tiene mayor sensibilidad para identificar isquemia (aun tempranamente) y hasta distinguir lesiones antiguas de recientes. El Eco-Doppler permite ver en tiempo real el recorrido extracraneal de los vasos de cuello y, hallándose ventanas específicas, parte de su recorrido intracraneal. Otra ventaja de este recurso es que permite recolectar datos sobre el flujo sanguíneo como el caudal y la velocidad.<sup>1,21,22</sup>



Por otro lado, la angiografía cerebral por cateterismo es uno de los métodos más confiables para apreciar las lesiones de vasos, pero al ser una técnica invasiva supone riesgo de complicaciones que no siempre la hacen preferible. La RM tiene una modalidad de angiografía que no es invasiva pero se ve limitada al no mostrar la mayor parte del recorrido intracraneal. Sin embargo, en combinación con el Eco-Doppler, se puede obtener una imagen muy completa de los vasos en cuestión.<sup>23,20</sup>

### **III. C. 4. Evolución y etapas de rehabilitación**

La singularidad de cada caso, la presentación y características del proceso de cada persona que cursa un ACV, es irrefutable. Dos episodios de la misma índole, que abarquen las mismas zonas del cerebro, en personas con las mismas características físicas, con el mismo tiempo de duración, provocarán daños distintos, con clínica y severidad distinta aunque de índole similar. De la misma forma, aunque se habla de estadios del ictus definidos, en la realidad no se encontrarán de forma tan definida y de clara identificación, sino más bien como un único proceso en evolución. Asimismo, los tiempos en los que se establecen las características propias de cada una o la duración de los mismos es inconstante. Pese a esto pueden servir para dar una noción general de las condiciones en las que se puede encontrar a la persona ingresada a un servicio de rehabilitación, por lo que son listadas a continuación:

- Estado de coma: las alteraciones cognitivas y del estado de conciencia son notorias. Éstas obstaculizan la detección de alteraciones de la función. La principal herramienta de evaluación es la escala de Glasgow, asignando un valor a las distintas respuestas a la evaluación ocular, motora y verbal. Se podrá indagar en búsqueda de alteraciones de tono y aumento, disminución o abolición de los reflejos osteotendinosos.<sup>21</sup>

- Hemiplejía flácida: Comienza a establecerse cambios en el tono del hemicuerpo contralateral al hemisferio afectado, en general flacidez. Se observan miembros homolaterales caídos, cabeza descentrada. Cabe recordar que la clínica no se limita al estado muscular y postural. Si la persona está consciente podría referir alteraciones sensitivas (hipoestesia, disestesia, parestesia, hiperestesia) y presentar afasias. Se considera que el cuadro evoluciona hacia una hemiplejía espástica cuando aparecen las primeras reacciones y posturas hipertónicas.<sup>21</sup>

- Hemiplejía espástica: Como se mencionó anteriormente, su comienzo es marcado por la aparición de posturas fijas adoptadas por un aumento en el tono muscular, presentandose generalmente en los músculos correspondientes al patrón espástico: elevación de escápula, rotación interna y flexión de hombro, flexión de codo, muñeca y

dedos, con el pulgar dentro del puño generalmente. En cuanto al miembro inferior, se lo puede encontrar en una postura de extensión de cadera, rodilla y tobillo.<sup>21</sup>

Así, teniendo en cuenta las características clínicas y fisiopatológicas del ACV, se puede estratificar el proceso de rehabilitación en tres etapas. Estas son generalizaciones, no presentan un claro marco temporal ni delimitaciones estrictas entre ellas. Debido a esto, y según la progresión del cuadro, el tratamiento sufrirá cambios graduales en el enfoque terapéutico, según las nuevas posibilidades que vayan surgiendo. A continuación se detallan:

#### Etapas agudas:

Es la etapa inicial, en la que la persona es ingresada al hospital. Una vez diagnosticado el cuadro clínico y hallada la causa es imperativo el pronto comienzo del tratamiento de ésta. Como se mencionó anteriormente a mayor tiempo de duración de la interrupción del flujo sanguíneo cerebral, mayor será la lesión y las consecuencias de la misma. Por lo tanto, el objetivo primordial será limitar el tiempo de isquemia. El monitoreo de frecuencia cardíaca, tensión arterial, saturación de oxígeno y temperatura son indispensables. Cualquier modificación de estos parámetros deberá ser tratada para restablecer valores consecuentes. Cumplidos con cierta estabilidad clínica, se procederá a aplicar el método de reperfusión indicado para el caso. Las isquemias cerebrales deben ser tratadas con trombolíticos endovenosos y antiagregantes plaquetarios de forma urgente.<sup>1,21,22</sup>

En lo que a los ACV hemorrágicos respecta, detener la hemorragia será el principal objetivo. Para esto suele requerirse neurocirugía. Los anticoagulantes y antitrombóticos están contraindicados, dado que perpetuaría el sangrado. Por otro lado, el hematoma expansivo que se produce por la ruptura del o los vasos generará mayor isquemia por la compresión detallada anteriormente, por lo que en caso de haber fallado los mecanismos de compensación, habrá que recurrir a procedimientos quirúrgicos como la craneotomía descompresiva, el uso de drenajes, etc.<sup>23</sup>

En esta etapa es de suma importancia el cuidado y la prevención de complicaciones secundarias a la inmovilización y el entorno, como las úlceras por presión, las contracturas, rigidez, atrofia de tejidos blandos, cuadros respiratorios, etc. La principal herramienta para hacer frente a estos riesgos es la movilización temprana, que puede comenzar tan pronto como la persona se encuentre clínicamente estable. Las úlceras por presión pueden comenzar a prevenirse desde el ingreso de la persona enferma mediante la selección de superficies como superficies de soporte reactivas o las activas y los cuidados posturales en cama.<sup>26</sup>

Será primordial la educación de la familia y del individuo que ha vivido el ACV desde el principio, aportando información sobre el cuadro, las secuelas y la importancia de la rehabilitación y los cuidados que deberán implementarse.<sup>23,27</sup>

#### Etapa subaguda:

Comienza horas o días después del ACV, cuando la persona en cuestión presenta estabilidad clínica. Los objetivos kinésicos irán enfocados a mejorar la movilidad y fuerza, la sensibilidad y propiocepción, los cambios de tono, dolor, inflamación, dependencia funcional y orientación espacial. El profesional podrá valerse de distintas herramientas de evaluación para las diversas variables mencionadas. Estas permitirán valorar el estado inicial del individuo, y luego poder visualizar la evolución con posteriores reevaluaciones. De esta manera será posible realizar ajustes en la terapia y conocer qué recursos son beneficiosos en cada caso, y cuáles no. Esta etapa transcurrirá en el hospital, de forma ambulatoria o en una combinación ambas, dependiendo de la duración de la misma.<sup>23</sup>

Existen opiniones encontradas en cuanto a la selección del lugar donde debería llevarse a cabo la instancia subaguda. Se han desarrollado protocolos de alta precoz, aplicable en los casos de ACV que presentan un marco (social, contextual y económico) concreto que otorgue a la persona un nivel de asistencia y comodidades equivalente al del hospital donde estuvo internado. Es fundamental que las necesidades sanitarias y sociales se vean satisfechas. Estos protocolos tienen el objetivo de disminuir la estadía hospitalaria, con las ventajas que esto conlleva a nivel de morbilidad asociada, depresión y demás dimensiones. Langhorne y colegas han investigado los beneficios asociados, hallando *“una disminución de la dependencia a largo plazo y del ingreso en centros asistidos, así como una disminución de la estancia hospitalaria.”*<sup>28,29</sup>

En los casos antes mencionados, la etapa de rehabilitación ambulatoria comenzaría tan pronto como sea posible, fundamentando además que “disminuye los índices de readmisión hospitalaria, riesgo de efectos adversos y costos generales en la atención, aumentando la probabilidad de independencia” siempre y cuando la terapéutica multidisciplinaria ofrecida sea el mismo en calidad que el aplicado a personas internadas y que la persona en tratamiento adhiera al mismo, pudiendo desplazarse al centro de rehabilitación y contando con el marco anteriormente mencionado.<sup>30</sup>

Continuando con el proceso de alta hospitalaria o externación, resulta necesario mencionar que las estrategias terapéuticas kinésicas aplicadas durante dicho período deben acompañar de manera integral las necesidades de la persona. Esto último, tiene que ver con

la tarea de planificar el alcance de su máxima capacidad física y funcional, dentro de las nuevas posibilidades, y facilitar la incorporación a su nuevo contexto de vida cotidiana. Para esto último, será necesario ejecutar un correcto proceso de alta. El alta hospitalaria no supone que el tratamiento ha llegado a su fin, sino por el contrario, que la persona podrá continuar su tratamiento de forma ambulatoria. Uno de los factores determinantes para el éxito de este proceso es la existencia de un sistema de apoyo, es decir de personas que puedan asistir los traslados, las tareas de difícil realización, así como también acompañar en las instancias de frustración o aparición de problemas de salud mental.<sup>31,32</sup>

#### Etapa crónica:

La etapa crónica es considerada en la vida de la persona desde los 6 meses del ACV, hasta el momento de defunción. Los objetivos continuarán siendo la mejora en la calidad de vida, la atención de las necesidades sanitarias y sociales, la disminución del deterioro físico de la persona, entre otras.<sup>23</sup> Se deberá aspirar a maximizar la independencia y la función que cada persona pueda requerir y desear, con ciertos matices propios de la realidad de la persona.<sup>23</sup>

#### IV. Justificación

El incremento significativo en la incidencia de accidentes cerebrovasculares en las últimas décadas ha generado la necesidad imperante de modernizar las técnicas y tecnologías empleadas en su tratamiento. En lo que respecta a la evaluación kinésica, es común observar una preferencia por criterios más objetivos y tangibles como la función motora (comúnmente evaluada mediante actividades como la marcha) por sobre las percepciones de la CVRS en la práctica profesional. Esta preferencia por aspectos fácilmente cuantificables puede inducir al error de suponer que el restablecimiento pleno de las funciones motoras implica automáticamente una óptima salud general de la persona. Por ende, es común que la recuperación de una marcha funcional se erija como objetivo primordial en la planificación de la rehabilitación, relegando al resto de las dimensiones de la CVRS. Conceder el alta exclusivamente basándose en la capacidad física puede conllevar la aparición de complicaciones dificultando la transición del paciente hacia su vida cotidiana fuera del ámbito hospitalario o de internación.<sup>33-35</sup>

La complejidad de las dimensiones que hacen a la CVRS implica necesariamente un abordaje multidisciplinario: el 80% de las personas que han tenido un ACV experimentan grados variables de deterioro de su estado cognitivo, afectando la comprensión, el lenguaje y la comunicación entre otras cualidades. La neuropsicología es una ciencia que puede brindar herramientas útiles para afrontar estas limitaciones. La depresión puede ser invalidante y disminuir drásticamente la CVRS. La disfagia y la nutrición son un obstáculo significativo y frecuente, el cual deberá ser tratado desde la fonoaudiología y nutrición. Estas son solo algunas de las formas en las que un equipo multidisciplinario puede abordar las necesidades de las personas.<sup>36</sup>

Por su parte, la complejidad del proceso de alta implica un abordaje desde la misma multiplicidad de dimensiones que ya se han mencionado e involucrar en la planificación a todo el sistemas de apoyo, así como también a los futuros servicios de cuidados y de rehabilitación.<sup>37,27</sup> El objetivo primordial será la reinserción de la persona en su entorno, contemplando las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), descanso y sueño, trabajo, ocio y actividades recreativas, educación y participación social. Dentro de las ABVD se incluyen actividades de aseo y arreglo personal, alimentación, movilidad y actividad sexual, entre otras.<sup>36</sup>

Por otro lado, la implicación activa de la persona en el proceso de alta ha demostrado producir resultados superiores en términos generales, especialmente cuando se enfoca en facilitar la transición del entorno hospitalario al hogar, lo que a su vez reduce el riesgo de reingresos hospitalarios. Esta interacción, combinada con una percepción positiva tanto de

la calidad de vida relacionada con la salud actual como de su perspectiva hacia la adaptación a la nueva rutina, juega un papel fundamental en el éxito del alta hospitalaria. Por lo tanto, resulta crucial realizar una evaluación exhaustiva de la calidad de vida relacionada con la salud como herramienta de cribado para determinar el momento óptimo para el alta, así como para identificar los enfoques más efectivos a implementar y prevenir posibles complicaciones.<sup>27,37</sup>

## V. Metodología

La presente investigación consistió en un estudio de tipo cualitativo, descriptivo y exploratorio, observacional, prospectivo y transversal.

En una primera instancia se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de recopilar experiencias de medición de CVRS en personas que hayan presentado un ACV, conocer las herramientas de evaluación más utilizadas e identificar sus beneficios y limitaciones. El procedimiento mediante el cual se llevó a cabo dicha revisión es detallado a continuación:

### Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos de PubMed y Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud incluyendo artículos en los que se haya evaluado la CVRS en pacientes con ACV, en una instancia previa a la externación del efector hospitalario o institución de rehabilitación.

. Los términos MeSH, DeCS y términos libres utilizados para llevar a cabo la búsqueda fueron los que se presentan en la Tabla N°1.

*Tabla N°1 - Términos de búsqueda utilizados*

	Término libre	Término DeCS	Término MeSH
#1	Ictus	“Accidente cerebrovascular” [DeCS]	“Stroke” [MeSH]
#2	Calidad de vida relacionada con la salud	“Calidad de Vida relacionada con la salud” [DeCS]	“Quality of Life” [MeSH]
#3	Alta del paciente	“Alta del paciente” [DeCS]	“Patient Discharge” [MeSH]

Para obtener resultados más representativos de la problemática en cuestión se combinaron los términos de la manera representada a continuación.

Tabla N°2 - combinación de los términos de búsqueda

#4	#1 AND #2 AND #3
----	------------------

Criterios de selección de artículos

- Muestra del estudio: personas con diagnóstico de ACV (de cualquier tipo).
- Utilización de un instrumento de evaluación validado para la CVRS previa al alta hospitalaria.
- Publicación de los artículos en un periodo comprendido entre 2001 y 2023.
- Disponibilidad de texto completo en inglés o español.

En la segunda fase del trabajo se realizó un trabajo de campo no experimental en una clínica de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario. Las estrategias de recolección de datos utilizadas fueron:

- Aplicación del cuestionario de CVRS EQ-5D (ver Anexo 1).
- Entrevistas semiestructuradas y notas de campo (ver modelo en Anexo 2).
- Revisión del historial clínico registrado por la institución.

El motivo de elección del EQ-5D tiene que ver con la existencia de su versión en español (validada en Argentina), su fácil y ágil aplicación y la integralidad que ofrece al evaluar desde la complejidad de cinco dimensiones y contemplar la subjetividad de la persona con la aplicación de la VAS.

En relación al guión de las entrevistas, fue resultado del análisis de la bibliografía encontrada durante la construcción del marco teórico y luego modificadas tras detectar algunas limitaciones durante la prueba piloto. La duración de cada evaluación fue de entre 30 y 90 minutos aproximadamente. Esta variación de tiempo dependió de si los entrevistados presentaban o no algún tipo de afasia.

Se incluyó en este trabajo a personas que estuvieran cursando una internación por ACV de cualquier tipo que pudieran comunicarse de forma oral, escrita o gestual. Se excluyó de este trabajo de campo a personas con alteración de la consciencia según su historia clínica.

Por otro lado, para conocer la percepción que tiene el equipo de rehabilitación de la clínica donde se llevó a cabo el trabajo de campo (formado por kinesiólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, médicos fisiatras y nutricionistas) se realizó una



entrevista al director del área de kinesiología (Anexo 3), la población accesible dentro de la clínica. El diálogo con él ofreció la percepción del equipo sobre calidad de vida relacionada a la salud, proceso de alta y criterios para su indicación.

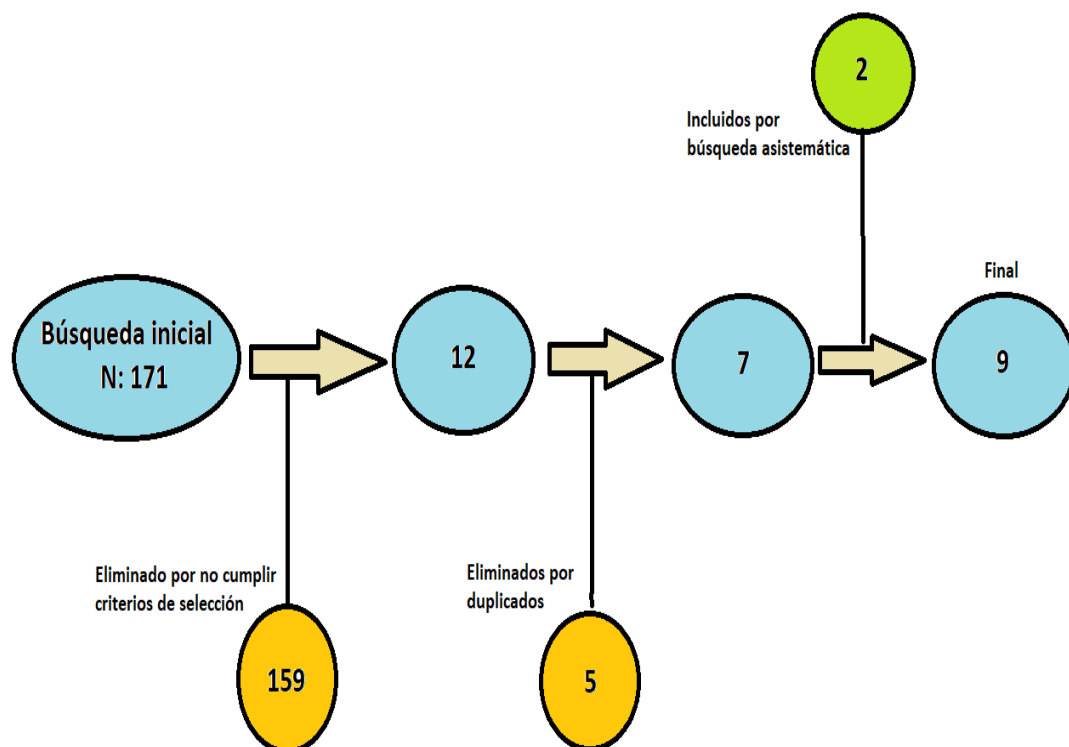
Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas correspondientes, presentando a cada individuo un consentimiento informado (Anexos 4 y 5). Todas las personas entrevistadas firmaron dicho documento, demostrando su conformidad y su participación voluntaria. Tanto la evaluación como la entrevista fueron realizadas a la par de una toma de datos de campo (ver Anexos 1 y 2) que incluyeron observaciones por fuera de las preguntas del cuestionario, así como transcripción de gestos físicos o de la mímica realizada por los entrevistados, previa confirmación de su significado por parte del entrevistado.

## VI. Resultados

### VI. A. Búsqueda bibliográfica

Como resultado de la revisión de la literatura disponible, un total de 171 citas de artículos fueron localizadas al aplicar las diferentes estrategias de búsqueda. De los resultados encontrados se excluyeron aquellos que no cumplían con los criterios de selección, y luego aquellos duplicados. Asimismo, se incluyeron otros dos artículos localizados por búsqueda sistemática durante la construcción del marco teórico. Por lo tanto, se incluyeron un total de 9 artículos para su análisis. A continuación se presentará un diagrama de flujo esquematizando el proceso antes descrito.

Figura N°2 - Proceso de búsqueda bibliográfica



## VI. A. 1. Resultados de la búsqueda bibliográfica

Tabla N° 3 - Presentación de los artículos seleccionados tras la búsqueda bibliográfica

Artículo	Herramienta de evaluación de CVRS	Otras variables evaluadas	Características demográficas	Momento de evaluación	Principales hallazgos
Schindel et al. <sup>35</sup>	EUROHIS-QOL <sup>1</sup> (8 ítems)	Barthel para función, PHQ-9 <sup>2</sup> depresión.	Mayores a 65 años, ambos sexos.	Previo al alta, a los 3, 6 y 12 meses.	Las personas que tienen una pequeña red social/afectiva, dolor de mayor severidad y que dan positivo en screenings de depresión tienden a percibir un deterioro en su CVRS en el primer año tras el alta.
Giaquinto et al. <sup>34</sup>	WHOQOL-100 <sup>3</sup>	FIM <sup>4</sup> para función.	111 participantes italianos que habían sufrido su primer ACV en los últimos 14 días.	Al ingreso y al alta.	La depresión reduce significativamente la CVRS, siendo un importante predictor junto con calidad de apoyo social y estatus funcional. El fortalecimiento del apoyo familiar, tratamiento de depresión y reducción de dependencia física son propuestos como factores decisivos para la mejora de CVRS. Se halló que las mujeres sufren más por las secuelas psicológicas del ACV, llamadas "heridas narcisistas".

<sup>1</sup> Adaptación del WHOQOL-100

<sup>2</sup> Patient Health Questionnaire

<sup>3</sup> World Health Organization Quality of life - 100 items

<sup>4</sup> Functional Independence Measure

Pucciarelli et al. <sup>38</sup>	WHOQOL-BR EF <sup>5</sup> (QoL)	CBI <sup>6</sup> para Burden del cuidador. HADS <sup>7</sup> para depresión y ansiedad.	405 personas “mayores” de los cuales el 80.9% de ellos vivieron un ACV isquémico.	Ingreso, previo al alta, a los 3, 6, 9 y 12 meses.	Un “enfoque holístico” que implique intervenciones terapéuticas tanto al superviviente del ACV como de sus cuidadores durante el periodo de rehabilitación mejora significativamente la CVRS en el primer año tras el alta.
Tramonti et al. <sup>38</sup>	SEIQoL-DW <sup>8</sup> y SF-36 corto.	Función (Barthel) y MSPSS <sup>9</sup> (dimensión social).	29 pacientes que vivieron un ACV, evaluados al ingreso y previo al alta.	Al ingreso y previo al alta.	La rehabilitación mejora la función pero no directamente la CVRS, que sí se ve directamente modificada por la existencia de depresión y la dimensión psicológica de la persona. La evaluación de la última durante la estadía hospitalaria resulta difícil dado que la persona se encuentra desconectada de su contexto de vida habitual, alterando la noción del impacto del cuadro sobre la vida cotidiana.
Andrew et al. <sup>39</sup>	EQ-5D-3L <sup>10</sup>	LUNS <sup>11</sup> , PREPARED <sup>12</sup> (calidad del	200 adultos australianos que	90 a 180 días tras el alta,	El planeamiento optimizado del alta es crucial para aquellas personas que volverán a vivir en sus hogares. Se propone monitorear la calidad del alta e implementar las siguientes estrategias: Aportar información

<sup>5</sup> Versión abreviada del WHOQOL

<sup>6</sup> Caregiver Burden Inventory

<sup>7</sup> Hospital Anxiety and Depression Scale

<sup>8</sup> Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life

<sup>9</sup> Multidimensional Scale of Perceived Social Support

<sup>10</sup> Euro Quality of Life - 5 dimensions - 3 levels.

<sup>11</sup> Longer-term Unmet Needs after Stroke (Necesidades Insatisfechas a Largo Plazo).

<sup>12</sup> Prescriptions, Ready to re-enter community, Education, Placement, Assurance of safety, Realistic expectations, Empowerment, Directed to appropriate services

		alta), AuSCR <sup>13</sup> (seguimiento de alta).	sobrevivieron a un ACV en proceso de alta.	retrospectiva mente.	desarrollada localmente sobre ACV, derivar a grupos o servicios de apoyo (emocional y psicológico), intervenir sobre ansiedades específicas sobre la vida tras un ACV.
Xia et al. <sup>40</sup>	SSQoL <sup>14</sup>	Fugl-meyer (deterioro sensorio motor en ACV).	259 pacientes de todas las edades que hubieran tenido un ACV isquémico en las últimas 3 semanas.	Inmediatame nte tras el alta, a las 3, 9 y 17 semanas.	La aplicación de un programa de rehabilitación estandarizado, con criterios de derivación/alta y terapia física tuvo efectos limitados sobre la independencia en las actividades de la vida diaria y la CVRS. No se halló beneficios en la función motora.

<sup>13</sup> Multidimensional Scale of Perceived Social Support

<sup>14</sup> Stroke Specific Quality Of Life

Andreasen et al. <sup>25</sup>	EQ-5D-5L <sup>15</sup>	-	1328 pacientes mayores de 65 años que hubieran tenido un acv y que estuvieran por ser dados de alta.	Previo al alta, y al momento de la readmisión, si la hubo, en los primeros 6 meses tras el ACV.	El EQ-5D permite diferenciar entre grupos de alto y bajo riesgo de readmisión hospitalaria y mortalidad, resultando ser una herramienta de pronóstico útil en los centros de atención de salud.
--------------------------------	------------------------	---	--	---	---

---

<sup>15</sup> Euro Quality of Life - 5 dimensions - 5 levels

## **VI. A. 2. Análisis de los resultados de la búsqueda bibliográfica**

En el ámbito científico actual, la CVRS es un concepto que ha tomado un lugar de mayor relevancia en los últimos años. El incremento en la producción de investigaciones que giran alrededor del mismo o que lo incluyen como variable de medición es notorio. Se encuentra una notable heterogeneidad en la selección de herramientas de evaluación. El EQ-5D se encontró presente en dos de los siete estudios, una utilizó la versión 3L (3 levels/3 niveles) y otra la 5 L (5 levels/5 niveles).<sup>25,39</sup>

La evaluación más usada en los artículos seleccionados es la WHOQOL-100, incluyendo algunas de sus variantes (WHOQOL-BREF y EUROHIS-QOL). Fueron utilizadas en 3 artículos. Estas son herramientas genéricas de medición de la CVRS. La WHOQOL-100 fue creada en la década de 1990 por la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), con el fin de contar con una herramienta aplicable transculturalmente. El hecho de que cuente con 100 preguntas hace de esta un recurso de difícil uso. A partir de esta limitación es que surge la WHOQOL-BREF que es una versión abreviada, donde se seleccionó solo la “mejor” de las preguntas para cada faceta. El resultado es un grupo de preguntas agrupable en cuatro dimensiones: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente.<sup>41</sup>

Sólo en uno de los artículos incluidos se utilizaron dos escalas de evaluación de CVRS: Tramontia et al. utilizaron el SF-36 (genérico) y el SEIQoL-DW (genérico). Finalmente, también se utilizó la escala SSQoL (“escala de evaluación de calidad de vida específica para ACV”, por sus siglas en inglés). En ningún caso se utilizó una combinación de una herramienta específica con una genérica.

Además de las evaluaciones de CVRS, 6 de los 7 artículos incluyeron otras herramientas para evaluar distintas variables, principalmente función y depresión. 5 de los artículos hicieron la evaluación inicial antes de que las personas egresaran del hospital. Los 2 restantes evaluaron inmediatamente después del alta.

Se observa un criterio en común sobre la relevancia que tienen distintas variables sobre la CVRS, destacando la depresión y el daño de la dimensión psicológica entre los más estudiados. Se ha observado que estas variables son responsables de grandes deterioros en la CVRS, y que puede disminuirse su presencia habiendo una red de contención social y familiar (sistema de apoyo). Además se propone que la CVRS de los cuidadores se vincula estrechamente con la de las personas en proceso de rehabilitación. Un proceso de alta planificado en colaboración de todas las personas involucradas da los mejores resultados en cuanto a reintegración y CVRS. Se propone el consenso de que un tratamiento

multidisciplinario y “holístico” es la mejor alternativa para la obtención de resultados positivos y buen pronóstico de evolución. Cualquiera sea la herramienta utilizada para medirla, la obtención de buenos valores de CVRS para la persona en rehabilitación del ACV y sus cuidadores/familiares se asocian a mejoras en la función y pronóstico, disminuyendo la tasa de readmisión hospitalaria, morbilidad y mortalidad.<sup>42,43</sup>

## **VI. B. Resultados del trabajo de campo**

La primera etapa del trabajo de campo implicó una reunión inicial con el director del servicio de kinesiología, con el propósito de establecer un primer contacto y acercamiento para la colaboración futura dentro de la clínica. Asimismo, a través de la entrevista semiestructurada (Anexo 3) se pretendió indagar acerca de los criterios de evaluación y alta como así también sus percepciones de la CVRS de los pacientes en representación del equipo. Posteriormente, se procedió a entrevistar a diez pacientes internados en la clínica (Anexo 2) y aplicar el cuestionario EQ-5D para evaluar su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Además, se revisaron las historias clínicas para recopilar y confirmar datos demográficos, etnográficos e información relevante obtenida durante las entrevistas.

### **VI. B. 1 - Criterios de externación**

La entrevista al director del área de kinesiología aportó información respecto a los criterios que se tienen en cuenta a la hora de evaluar a las personas internadas de cara a comenzar con el proceso de alta. Las respuestas dadas por el profesional entrevistado representan el punto de vista de la institución en general dado que hay consenso en la elección de las herramientas utilizadas.

A continuación se mencionan y describen los instrumentos utilizados para la evaluar la posibilidad de externación según las respuestas del entrevistado:

- FIM (Anexo 6): Se tiene en cuenta que un puntaje de 50-60 puntos implica dependencia total, hasta 110 puntos es dependencia parcial y más de 130 puntos representa independencia. El valor objetivo a alcanzar varía según el caso. Por ejemplo en casos con secuelas graves cabe esperar entre 18 y 36 puntos.

- Planilla de evaluación kinésica (Anexo 7): Incluye la escala de Medical Research Council (MRC), evaluación de la fuerza con la escala de Ashworth modificada, dolor en escala de VAS, valoración de la sensibilidad, control cefálico, control de tronco estático y dinámico, transferencias, marcha con o sin asistencia y función respiratoria mediante medición de Pico flujo, presión inspiratoria máxima, presión espiratoria máxima, necesidad de oxígeno suplementario, uso de traqueostomía y saturación.



- Escala de ASIA (Anexo 8): para documentar el nivel neurológico de una lesión medular, niveles motor y sensitivo.
- Tinetti (Anexo 9): para evaluar equilibrio y marcha.
- Función fonoaudiológica con GUSS (Anexo 10) para evaluar la deglución.
- ACE-R (Anexo 11) para evaluar el estado cognitivo.
- Estado nutricional con MNA (Mini Nutritional Assessment) y BMI (índice de masa corporal) en Anexo 12.

Estos comienzan a ser evaluados cuando los/as profesionales de los distintos servicios (que incluyen psicología, nutrición, fonoaudiología, kinesiología, medicina general y especialidades como la fisioterapia) notan que las personas “*vienen bien con el tratamiento*” indicó el entrevistado.

En relación a la evaluación específica de CVRS, en esta clínica no se implementa ninguna herramienta y/o criterio de externación vinculado a dicha variable. Por lo tanto, las percepciones en relación por parte de los profesionales están directamente vinculadas, y de manera exclusiva, por los resultados de las evaluaciones disciplinares mencionadas con su consecuente heterogeneidad.

## VI. B. 2. - Resultados de las evaluaciones de Calidad de Vida Relacionada a la Salud

A continuación se ofrece una tabla con los valores obtenidos en la evaluación del EQ-5D de cada entrevistado, observándose el puntaje según las cinco dimensiones y el puntaje VAS para el estado de salud autopercebido al día de la entrevista.

Individuo	Movilidad	Cuidado personal	Actividades de la Vida Diaria (AVD)	Dolor/Malestar	Ansiedad/Depresión	VAS
S1	2	3	1	3	3	5
S2	2	3	2	2	2	2
S3	2	1	2	1	2	7
S4	2	1	1	2	2	7
S5	3	3	2	2	2	8
S6	2	1	2	1	1	6.5
S7	1	1	2	1	2	8
S8	1	1	1	2	1	7
S9	2	3	1	3	2	5
S10	2	2	3	1	2	7.5

Tabla N°5 - Valores de las dimensiones de CVRS de los entrevistados

Además de la aplicación del EQ-5D se realizaron entrevistas cuyas respuestas se presentan a continuación de manera simplificada:

Tabla N°4 - Respuestas a preguntas de la entrevista

Pregunta	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Tiempo de internación	3 meses	2 meses	+2 meses	1 mes	3 meses	+1 mes	3 semanas	3 semanas	1 mes	2 semanas
¿Recibió explicación sobre ACV?	Si	No	Si	No	Si	No	No	Si	No	Si
Comprensión sobre su ACV	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No	Si
¿Sabe dónde vivirá?	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si
Preparativos	Si	No	Si	Si	No	No	Si	No	No	No
Continuidad de rehabilitación	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si
Calificación de la rehabilitación	Buena	Mala	Buena	Buena	Buena	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena
¿Qué es lo más importante?	Familia y no cargarla	No responde	Familia	Familia	Salud	Vivir	Seres queridos	Seres queridos	Familia	Independencia
¿Lo más importante fue afectado?	No	No responde	No	Si	Si	Si	Si	No	No	Si

De las respuestas obtenidas, pueden destacarse los siguientes puntos:

- El tiempo de internación fue variable, pero en general no superó los 3 meses. Cabe aclarar que los tiempos de internación hacen referencia al período de estadía en la clínica de rehabilitación. Es decir que no se tuvo en cuenta la internación previa en hospitales u otras clínicas en estadíos agudos.
- La mitad de las personas entrevistadas recibió una explicación formal sobre el cuadro que vivió, qué es un ACV y qué implica para su rehabilitación y futuro por parte de alguno de los miembros del personal de salud. De la otra mitad algunos mencionaron haber oído el término en algún momento de su vida o incluso de la boca del personal médico pero sin mayor explicación.
- La comprensión sobre lo que supone un ACV fue directamente relacionada al haber recibido una explicación. Esta pregunta se hizo también a personas que no recibieron una explicación para saber si, ante la falta de tal, buscaron información de otras personas o fuentes como internet.
- De las 10 personas entrevistadas ninguna ingresaría posteriormente a un centro de rehabilitación o casa de cuidados, pero sí dos de ellos dejarían de vivir en sus hogares anteriores, pasando a vivir en casa de terceros (familiares). Solo dos personas no tenían definido dónde iban a vivir tras el alta, pero creían que volverían a sus casas. Esta falta de certezas se correspondía con confiar la decisión a sus familiares y adoptar una postura pasiva. S6 supuso “*seguro mi esposa sabe, ella se encarga de esas cosas*”.
- 4 de las 10 personas entrevistadas estaban al tanto de preparativos llevados a cabo para su mudanza al nuevo entorno domiciliario. S1 comentó entusiasmado “*Con mi mujer tenemos casi todo listo. Conseguimos cama ortopédica, barandas (para el baño y distintos lugares de la casa), grua, todo. (...) Va a ir una enfermera y un kine a casa.*” Estos preparativos fueron los mismos mencionados por el resto de la gente que respondió afirmativamente. Se destaca que de las personas que refirieron no haber hecho ningún preparativo es probable que varios no estuvieran al tanto de estos, pero que hubieran sido ejecutados por sus cuidadores.
- 7 personas tenían definido que continuarán con su proceso de rehabilitación de forma ambulatoria y 5 de ellos saben dónde y con quién será. Los dos restantes sabían que continuarían pero no tenían claro todavía de qué manera.
- Cuando se indagó sobre la percepción que tenían sobre su proceso de rehabilitación, 7 personas dijeron que consideraban que fue buena. Hubo distintos criterios que tuvieron en cuenta para llegar a esa conclusión.

- Cuando se les preguntó a los entrevistados “¿Qué es lo más importante para vos?” las respuestas presentaron más heterogeneidad de lo esperado. Seis de ellos mencionaron a sus familias (S1, S3, S4, S7, S8 y S9). Por ejemplo, S1 hizo no escatimó en afirmaciones sobre la inmensurable importancia que tienen su esposa e hija para él. S3 no vaciló, diciendo “*mi familia y mis nietos sobre todo (son importantes). Son mi vida*”. Otros no solo se refirieron a las personas que integran su familia en cuanto a relevancia, también incluyeron la calidad del vínculo entre sus consideraciones. S4 refirió “*poder compartir con ellos es lo que más quiero.*” y cuando se le preguntó si su ACV afecta o afectaría dicho vínculo, agregó que “*me hizo darme cuenta de que tengo que hacer mejor las cosas. No equivocarme, tratarlos bien*”. S7, que vive con una afasia como secuela de su ACV se hizo entender con gestos y palabras individuales, transmitiendo que lo que más le importa es “*la gente*”. A su vez al preguntarle si considera que las secuelas del ACV afectan lo más importante para ella gesticula “*No. Vos me entendés, todos me entienden*”, reforzando que la comunicación no verbal que ha logrado desarrollar le permite mantener los vínculos y así su vida social. S9, también afásica logra formular la palabra “*nietas*” ante la misma pregunta, y afirma que su ACV no afectará el vínculo con ellas. De hecho, la mitad de las personas opinaron que aquello que les resulta “lo más importante” no va a verse afectado por las secuelas del ACV, siendo que la otra mitad considera que habrá cambios en mayor o menor medida.
- De las cuatro personas que no mencionaron a sus familias u otros seres queridos, sólo S2 se abstuvo de responder. S5 respondió que la salud es lo más importante para él. “*Quiero rehabilitarme bien, sin apuro pero quiero estar bien*”. S6 dijo “*Vivir (es lo más importante para sí), siempre estuve al borde de la muerte y creo que el ACV me acercó más*”. Por último, S10 respondió “*Caminar por mí mismo. Siempre fui de hacer mucha actividad física y gimnasio, quiero volver. (...) Siento que va a verse afectado pero vamos a ver.*”

### VI. B. 3. Antecedentes, datos demográficos y etnográficos

Las entrevistas y el acceso a las historias clínicas permitieron obtener información poblacional que pudiera relacionarse con los datos concretos respecto a la CVRS y sus dimensiones. Se presenta en formato de tabla la información recabada:

Tabla N°5 - Antecedentes, datos demográficos y etnográficos de las personas evaluadas

Individuo	Sexo	Edad	Factores de Riesgo	Tipo de ACV	Puntaje de EQ-5D	VAS de CVRS autopercebida	Afasia	Sistema de apoyo	Ocupación
S1	Masculino	55	HTA, ACV previo	Isquémico	23133	5	No	Familiar (Esposa e hija)	Secretario parlamentario, Abogado
S2	Masculino	44	DBT 2	Hemorrágico	23222	2	Si	Familiar (Esposa)	Comerciante
S3	Femenino	70	IC, hipotiroidismo, HTA	Isquémico	21212	7	No	Familiar (3 hijos; vive sola)	Jubilada (ex empleada comercio)
S4	Masculino	59	Obesidad	Hemorrágico	21122	7	No	Familiar	Conductor de

								(Esposa, hijos y nietos)	camiones
<b>S5</b>	Masculio	71	HTA, obesidad	Isquémico	33222	8	No	Familiar (Esposa, hijos y nietos)	Empresario, distribución de repuestos de autos
<b>S6</b>	Masculino	73	3 ACV previos, HTA, DBT 2, leucemia, dislipemia, obesidad, stent coronario, temblor bilateral no filiado, cáncer próstata, Insuf. renal, Insuf cardíaca	Hemorrágico	21211	6.5	No	Familiar (Esposa y 5 hijos)	Patrón de campo
<b>S7</b>	Femenino	83	ex tabaquista de jerarquía, obesidad, DBT 2	Isquémico	11212	8	Si	Familiar (2 hijas; vive sola)	Jubilada (maestra)

<b>S8</b>	Masculino	85	DBT 2, HTA, 3 bypass	Hemorrágico	11121	7	No	Familiar (Esposa y 3 hijos que no viven con ellos)	Comerciante inmobiliario
<b>S9</b>	Femenino	68	Obesidad, HTA	Hemorrágico	23132	5	Si	Familiar (3 hijos; vive sola)	Jubilada (empleada comercio)
<b>S10</b>	Masculino	52	5 ACV, DBT, HTA	Isquémico	22312	7.5	No	Familiar (2 hijos; vive solo)	Seguridad



De estos datos se desprende que las personas que tienen una percepción más positiva de su estado de salud (según VAS) generalmente también muestran mejores perfiles en su EQ-5D. Sin embargo, el caso de S5 constituyó la excepción más notable, ya que registró un puntaje de 8 en la VAS a pesar de experimentar "problemas severos" en varias dimensiones según el EQ-5D.

Habiendo sólo cinco casos donde los resultados del EQ-5D no presentan el perfil de "3" en ninguna de las dimensiones, salta a la vista que todos los individuos auto perciben su estado de salud como perteneciente a la mitad superior de la escala de VAS: 6.5, 7 y 8. A su vez, dentro de las únicas dos personas que seleccionaron un 8 en su VAS, la segunda persona presentó un perfil de "3" en dos dimensiones. En teoría, esta persona encuentra problemas serios en movilidad y cuidado personal, así como problemas moderados en las otras tres dimensiones. Pese a esto, siente que su estado de salud está cerca del máximo posible.

En cuanto a las diferencias según el sexo, no se encuentra un patrón claro, siendo una mitad de los mejores estados de salud según VAS y CVRS correspondientes al sexo femenino y la otra al masculino. Sí es digno de mención el hecho de que solo tres personas se encuentran jubiladas y no eran trabajadoras activas previo al ACV, siendo todas ellas mujeres.

Si bien dos de las personas que presentaban afasia interpretaron que su estado de salud pertenecía a la primera mitad de la escala de VAS para su estado de salud, la persona restante eligió un 8 para la misma y presentó un perfil de "1" en tres de las dimensiones evaluadas y "2" en las dos dimensiones restantes del EQ-5D.

Todos los individuos incluidos en este trabajo presentaron factores de riesgo previos al ACV. Los que más frecuentemente se presentaban fueron la hipertensión (presente en 7 personas), Diabetes tipo 2 (presente en 5 personas) y la obesidad (presente en 5 personas). S6 fue la persona que más factores de riesgo presentó, incluyendo múltiples enfermedades previas y crónicas, cirugías y tratamientos múltiples en su haber. A pesar de esto, categorizó su estado de salud con un 6.5 y presentó perfiles del EQ-5D positivos, con tres dimensiones puntuando "1" (incluyendo la psicológica) y dos dimensiones puntuando "2".

Por otro lado, no resulta aparente un vínculo entre el tipo de ACV y el estado de salud autopercibido ni los perfiles de las dimensiones evaluadas por el EQ-5D.

Todas las personas entrevistadas cuentan con un sistema de apoyo familiar, aunque 4 vivían solas antes del ACV. Esto último no se relaciona con la CVRS obtenida de forma aparente.

#### **VI. B. 4 - Percepción de los pacientes en relación a su CVRS**

La calidad de vida relacionada a la salud es un concepto en permanente evolución. Cualquier evento que ejerza cambios en alguna de las dimensiones habrá de repercutir sobre la misma. Por lo tanto, la CVRS puede cambiar dependiendo del día, el estado de ánimo, las energías disponibles, el entorno social, entre otras variables. Es por esto que el EQ-5D, en su sección de la escala visual analógica, explicita que la persona debe identificar su “estado de salud hoy”.<sup>18,19</sup>

Por otro lado, un numérico puede servir para representar la percepción del estado de salud, ofreciendo una referencia de que tan lejos siente la persona que está su estado de salud de su ideal/mejor estado de su vida (equivalente al 10) o del peor estado de salud imaginable (equivalente al 0). A diferencia de otros criterios evaluables no existe un punto de corte. Un 5 puede resultar un estado “mediocre” para algunos, pero puede ser una mejora sustancial si la experiencia previa fue equivalente a un número menor. Sin embargo, el número de la escala de VAS se complementa con los perfiles de las 5 dimensiones evaluadas por el EQ-5D y, en este caso, la entrevista realizada, dando un contexto y significación al número elegido por la persona.

La mejor percepción del estado de salud según VAS mencionada por la gente entrevistada fue el “8”. Este fue elegido por dos personas, dando a entender que se encontraban en un estado de salud muy cercano al “óptimo”. Otros números representativos elegidos fueron 7.5 (una vez), 7 (tres veces) y 6.5 (una vez), todos ellos en la mitad superior de la escala visual analógica. Dos personas eligieron el número 5, justo en el medio. Solo una persona, S2, eligió un número de la mitad inferior de la escala.

#### **VI. B. 5 - Percepción de los profesionales sobre los criterios de alta**

Como se mencionó anteriormente, el director del área de kinesiología de la clínica desarrolló la visión conjunta del equipo sobre el proceso de externación, dado que fue la población accesible. El profesional explicó que teniendo en cuenta que la persona en cuestión ya estaría transitando el final de su tratamiento en el efector, se establecen objetivos terapéuticos en relación a los puntos débiles de cada persona. En general los esfuerzos se dedican a alcanzar un nivel de función necesario para retomar las actividades de la vida cotidiana. En concordancia con las prioridades establecidas por algunas herramientas de CVRS, alcanzar una marcha funcional, lo más libre de compensaciones

posible, con bajo riesgo de caída y gasto energético suele ser un objetivo prioritario. El uso de elementos de ayuda de marcha es enseñado a las personas según necesidad.

A su vez, las personas internadas deben encontrarse estables hemodinámicamente, libres de cualquier proceso infeccioso y cumplir con un peso mínimo según el Índice de Masa Corporal (IMC) calculado por los nutricionistas. Muchas de las personas internadas están transitando otros tratamientos concomitantes, como por ejemplo quimio o radioterapia. El alta de la clínica de rehabilitación no se vincula directamente con la finalización de estos tratamientos.

Periódicamente se establecen reuniones semanales para presentar los avances e imprevistos surgidos a los familiares y responsables. Además de estas, aproximadamente dos semanas antes de concretarse el alta se inician las “clínicas familiares”. Estos son encuentros con los familiares o tutores de la persona con la intención de brindar soporte y acompañamiento además de saber *“qué ven ellos de cómo está (la persona), empezar a hablar sobre si van a volver a su casa o van a ser internados en otra institución”*. Asimismo se busca *“preparar el futuro de la rehabilitación. Se hace de nexo con las obras sociales y(...) si la persona es de otra ciudad o provincia se contacta a las instituciones pertinentes para facilitar la transición”*. Se les enseña a los cuidadores técnicas para facilitar las transferencias, el cuidado durante la marcha y demás actividades, entre otras cuestiones relevantes en el día a día.

A la hora de elegir los recursos estandarizados para la evaluación de las personas internadas, el personal de la clínica en su conjunto comparte el criterio de que la CVRS no es un elemento útil debido a la *“enorme diferencia que hay entre la información que te da la escala y lo subjetivo del paciente”*. Esto no significa que no se contemple el concepto de calidad de vida, sino más bien que no creen que pueda medirse con herramientas predeterminadas. Para tener una visión de la misma, sostienen, el diálogo y la interrogación les permiten conocer sobre las dimensiones de las personas más allá de la función.

## **VII. Discusión**

La CVRS es un concepto de creciente relevancia en el ámbito de la salud. Hay abundante evidencia de que la contemplación de esta variable en la práctica clínica ofrece importante información acerca del estado de salud de la persona y sus dimensiones, e incluso ofrece cierto valor pronóstico.

La gran variabilidad de los sujetos evaluados permitió observar tanto diferencias como similitudes de las más diversas. Por empezar, se mostraron ciertos patrones en sus interpretaciones de los propios procesos de patología y recuperación, de sus expectativas, autopercepción y pronóstico. Son muchos los sujetos cuyos puntajes de EQ-5D presentan una clara disociación de la autopercepción de “estado de salud actual” puntuado con el VAS. Por ejemplo, la aplicación de la evaluación de S5 dió “33222” como resultado, indicando que en las dimensiones de movilidad y cuidado personal presenta el peor estado, mientras que en AVD, dolor/malestar y depresión/ansiedad presenta una marcada afección con significativa dependencia. Sin embargo, en la escala VAS que representaba su estado de salud en el día de la evaluación indicó que sentía que un 8 lo representa acertadamente. Este número elegido es mayor al que otros sujetos indicaron, habiendo obtenido un número de 5 cifras “mejor” que el de S5 (por ejemplo S2 con un puntaje de EQ-5D de 23222 y un VAS de 2). Esta diferencia que se opone a la lógica es la máxima expresión de la subjetividad de la CVRS. También se dió el caso contrario, por ejemplo, en S8 quien con un puntaje de 11121 (que supone como única dificultad la presencia de dolor/malestar moderado) afirmaba sentir que su estado de salud era un 7 de 10. Este no es bajo de por sí pero la disparidad respecto al número de cinco cifras supondría que hay una o más carencias que aquejan a la persona y que no se dan de manifiesto en las cuestiones que componen al cuestionario.

La movilidad, que como se estableció previamente suele tomar un lugar preponderante en los objetivos terapéuticos, aparenta no ser tan fundamental para el estado de salud de algunas personas. S5 fue la única persona que obtuvo un puntaje de “3” en esta dimensión. Sin embargo es una de los dos puntajes de salud según VAS más altos, con un 8. Este hallazgo se condice con el artículo de Tramontia et al. que propone que el vínculo entre función y CVRS no es tan directo como se suele pensar. Sin embargo, el mismo artículo propone que la dimensión psicológica sí afecta directamente la CVRS. Esto se evidencia en los casos de mejores puntajes de VAS, que a su vez dieron puntajes de depresión/ansiedad de “2” (ansiedad y depresión moderada) o incluso de “1” (sin ansiedad ni depresión). Es notorio el hecho de que solo dos personas (20%) refirieron no tener ansiedad ni depresión. Recordando que se ha encontrado en la bibliografía que la depresión es un potente predictor del deterioro de CVRS, este punto sería interesante de desarrollar en un futuro trabajo.

Contrario a lo que se esperaba encontrar en base a la bibliografía de Giaquinto et al. las mujeres no mostraron peores perfiles de la dimensión psicológica. Una sola persona presentó un perfil correspondiente a “3” en esta dimensión: S1, que es de sexo masculino.

Una de las incertidumbres que más ansiedad generó dentro del grupo de personas entrevistadas fue asociada al regreso al hogar. Varios de los entrevistados no habían pensado en cómo sería vivir de nuevo fuera de la clínica, sólo sabían que querían ser dados de alta. Esto podría plantear una necesidad de mayor diálogo con el paciente sobre el futuro inmediato y a largo plazo, más allá de las comunicaciones establecidas con los familiares o cuidadores. Como han demostrado los resultados de la búsqueda bibliográfica, el proceso de transición de alta da mejores resultados cuando la persona en cuestión participa del mismo, de los preparativos para el cambio de vivienda y la planificación de los cambios necesarios para atender a las necesidades que pudieran presentarse así como de la continuidad del tratamiento médico ambulatorio o domiciliario. <sup>44</sup>

Hubo algunos pocos casos donde la persona que vivió el ACV adoptó la postura de “paciente” siendo menos participativo que sus cuidadores en el proceso, relegando las decisiones sobre su rehabilitación y alta a su familia. Un claro ejemplo de esto es el de S8 que ante las preguntas que implican conocimiento general tanto de su patología como de sus planes a futuro. S6 planteó que sólo continuaría su rehabilitación en caso de “*tener que hacerlo*”. Parece que hay una disociación entre la actividad de la terapia con sus deseos, que posiblemente tenga que ver con desinformación. Esta última podría ser la causa de la actitud pasiva del paciente.

Teniendo presente que la educación es una parte importante del proceso de rehabilitación y que es una potente herramienta para lograr que la persona pueda hacer frente a la nueva realidad y posibilidades, resulta interesante que solo la mitad de los entrevistados hayan recibido una explicación sobre el cuadro que vivieron y el proceso de rehabilitación. El hecho de que de los cinco sujetos que recibieron una explicación solo tres hubieran la comprendido genera controversia. Hay múltiples motivos por los cuales pudo fallar la interpretación: expresión incorrecta de la información, mal comprensión por parte del oyente, dudas que no fueron resueltas por falta de curiosidad o confianza en el profesional, etc.

Uno de los pilares de la kinesiología, y de las ciencias de la salud en general, es el de la prevención. En el caso que nos atañe, la prevención del ACV es posible mediante la supresión, o por lo menos control, de los factores de riesgo modificables. Por esto mismo no resulta sorprendente que la totalidad de las personas incluidas en el trabajo de campo presentaban por lo menos uno dentro de sus antecedentes. Resulta novedosa la cantidad y variedad de estos que presentaban algunos de los entrevistados. S6 es la persona con más cuadros patológicos y procedimientos quirúrgicos previos, contando con 10 en su haber. Muchos de estos figuran como factores de riesgo directos para un ACV, destacando la

presencia de 3 cuadros previos. Ante un análisis inicial de los datos recabados de la muestra seleccionada no se puede observar una directa proporcionalidad entre los valores de CVRS y la cantidad/severidad de los factores de riesgo que presentaban. Continuando con el ejemplo de S6, sus perfiles de EQ-5D no contienen ningún “3” en ninguna de las dimensiones, y valoriza su estado de salud como un 6.5 en la escala de VAS. En contraposición, S2 da un valor de 2 a su VAS teniendo solo un factor de riesgo previo, HTA.

En lo que respecta a la preparación requerida para adaptarse a un entorno nuevo, especialmente cuando se enfrenta a dificultades funcionales, resulta relevante destacar el estudio de Andrew et al.<sup>39</sup> en el que se emplea el instrumento PREPARED para evaluar la idoneidad para el alta. En el mismo se evalúan las estructuras de apoyo e intercambio de información, el manejo de la medicación y problemas de administración, los temores respecto a gestión comunitaria y preparación para lidiar con problemas inesperados y el control de circunstancias emergentes.

Si las personas atendidas tuvieran un panorama general de la enfermedad, se plantea, podrán participar activamente de los dominios citados, accediendo a una mejor CVRS.<sup>39</sup> A su vez estos dominios son coherentes con los componentes de la planificación del alta propuestos por las guías clínicas de ACV.<sup>45</sup>

Más allá de la educación en lo más inmediato, cada persona podrá presentar dudas específicas relativas a sus prioridades y necesidades. S8 fue la única persona que preguntó durante la entrevista, por motu proprio, sobre la posibilidad de tener sexo a partir de su nueva realidad. La sexualidad de las personas afectadas por distintos cuadros de cualquier índole es un asunto de relevancia que, se podría decir, forma parte de las cuatro dimensiones de la CVRS ( la social, física, funcional y psicológica).<sup>36</sup> Se puede sospechar que la baja incidencia de preguntas al respecto se desprenden del hecho de que la sexualidad es vista por mucha gente como un tema tabú. Sería lógico pensar que la gran mayoría de las personas sentirá en algún momento de su rehabilitación la necesidad de retomar su vida sexual. La educación al respecto sería de suma importancia para disipar miedos y mitos.

Durante el trabajo de campo se observó que el cuestionario abierto resultaba una herramienta mucho más clara para entender las vivencias del estado de salud de la persona. No solo permitió “cubrir más bases”, complementando el EQ-5D, sino que también le dió el lugar a cada individuo para establecer su orden de prioridades a las dimensiones que hacen a la CVRS. Por ejemplo, mientras que el EQ-5D asocia la marcha como criterio representativo de la función, hubo quienes consideran más relevante la posibilidad de higienizarse por sí mismos. S6, por ejemplo, prioriza mejorar su control lumbo pélvico y fuerza de miembros superiores para “*poder ayudar a que me bañen*”. Entonces la función

prioritaria es individual y subjetiva: no a todas las personas les resulta indispensable poder marchar o lograr bipedestación siquiera, más allá de los múltiples beneficios que estos supondrían para sus vidas cotidianas. Esta información resultaría muy beneficiosa para establecer los objetivos personales de la terapia. Esto no implicaría dejar de lado el trabajo de la marcha, pero sí que ´ podría cambiarse el enfoque priorizando las metas personales. Evidentemente, estas suelen y pueden ser menos ambiciosas que las que la bibliografía sugiere. A su vez, lograr que un individuo alcance sus hitos personales sería un potente estímulo para continuar con el tratamiento, generar adhesión y mayor participación.

Una parte fundamental del trabajo del kinesiólogo implica el establecimiento de objetivos claros y realistas que sirvan de brújula para diagramar el enfoque del tratamiento. Estos objetivos no necesariamente se condicen con los de las personas en tratamiento que, libre de toda objetividad, anhelan hitos que trascienden la cruda realidad de las ciencias naturales. Para ellos, la meta puede ser volver a caminar independientemente “como antes”. Para el kinesiólogo, el objetivo a largo plazo podría ser lograr una marcha funcional aún a expensas de permitir algunas compensaciones. Y esto será siempre teniendo en cuenta objetivos a corto plazo sobre los cuales se pueda erigir una función mayor, pero que a simple vista podría parecer “poca cosa” a la persona en tratamiento. Tal es el caso de S3 que, en retrospectiva comentó *“no sé para qué querían que estuviera sentada como una hora si lo que yo quería era caminar”*. La percibida brecha entre los objetivos de ambas partes no es tal: el terapeuta considera los objetivos del individuo pero los tamiza y encuentra la forma de abordarlos de la mejor manera posible. Idealmente habrá comunicación entre ambas partes para encontrar territorio común y explicar el porqué de cada terapéutica de cara al futuro.

El puntaje de VAS elegido por las personas para representar el estado de salud resultó ser una herramienta muy reveladora. Este valor, sumado a la posible pregunta de “¿qué mejoraría tu estado de salud hoy?” podrían dar una orientación al enfoque terapéutico diario, así como brindar banderas rojas, servir de screening, por ejemplo, para la depresión. De esta manera se contaría con una herramienta de fácil uso diario que guíe los objetivos a corto plazo o destaque los déficits de la terapéutica.

Sería una alternativa a los cuestionarios de CVRS de más fácil y rápido uso. Por otro lado, el “no uso” de una herramienta de evaluación de calidad de vida no implica que esta no sea tenida en cuenta a la hora de trabajar para el bienestar de las personas. Sin embargo, su implementación podría facilitar la distinción de las dimensiones que más afectadas están para cada individuo, cualquiera sea la forma elegida de contemplarla. El uso de un cuestionario genérico acompañado de uno específico es recomendado, dado que se

complementan y dan una perspectiva más objetiva.<sup>16,17</sup> Combinando estas herramientas con el criterio de cada equipo profesional, las necesidades e inquietudes de cada efector, profesional y paciente surgen los cuestionarios diseñados a medida. Estos pueden resultar una herramienta muy útil y maleable, siempre que se consideren los fundamentos y principios básicos de la CVRS a la hora de diseñarlo, como se puede observar en la evaluación creada por la clínica donde se realizó este trabajo (ver anexo 7).

Dentro de las limitaciones del trabajo se reconoce que fue necesario realizar correcciones al guión una vez comenzada la etapa de evaluación sólo en los casos en los que se entrevistó a personas afásicas, situación no prevista inicialmente. En estos casos las preguntas fueron en esencia las mismas, pero se cambió la formulación para que pudieran ser respondidas por Sí o No cuando fuera posible. En las preguntas que requirieron desarrollo se utilizó mímica, escritura o dibujos según necesidad.

Al no poder acceder a entrevistar a todos los profesionales que componen el equipo de rehabilitación se pierden las opiniones individuales al respecto. Sin embargo, las pautas de evaluación y alta utilizados en la clínica fueron establecidas por el equipo en conjunto, por lo que el criterio común es que la CVRS no es un criterio evaluable de forma confiable.

A su vez, resultó limitante indagar acerca de los criterios de externación dado que el director del servicio de kinesiología solo hizo referencia a resultados de evaluaciones estandarizadas. Además, según menciona, la idea de las mismas es obtener un diferencial entre la evaluación de inicio y las subsecuentes evaluaciones, permitiendo vislumbrar cambios en los distintos parámetros contemplados. Sin embargo, no se establecen valores de corte para la toma de decisiones.



## VIII. Conclusión

A lo largo del proceso de elaboración de este trabajo ha estado presente una idea de manera transversal: la calidad de vida relacionada a la salud es de vital importancia para todas las personas que transitan una enfermedad como lo es el ACV, sean conscientes o no. Las personas, sea por instinto de autopreservación o por medio del razonamiento, quieren estar "bien" o "mejor". La definición de estos conceptos no puede ser comprendida por un tercero a menos que el protagonista del cuadro y del proceso de rehabilitación facilite el entendimiento mediante la comunicación. La Calidad de Vida Relacionada a la Salud será el concepto definido y mensurable que utilicen los agentes de la salud para homogeneizar esta inasible necesidad de bienestar.

El EQ-5D fue un elemento que brindó información relevante como la autopercepción del estado de salud según la escala VAS y el estado de las dimensiones evaluadas. Sin embargo no se obtienen detalles suficientes al respecto de esto último. Un elemento estandarizado no podrá nunca contener entre sus limitadas opciones de respuestas los conceptos exactos que identifiquen la situación del individuo. Es aquí cuando la utilidad de las preguntas semiestructuradas se manifiesta para complementar los resultados del cuestionario general. De esta forma es posible comprender en mayor profundidad los padecimientos y las necesidades de las personas.

La posibilidad de desarrollar un cuestionario según las necesidades de la persona a evaluar y las incertidumbres del profesional, brinda infinitas posibilidades para conocer un panorama mucho más completo, siempre y cuando se tengan en cuenta las cuatro dimensiones que hacen a la CVRS (la social, física, funcional y psicológica).

Las percepciones de la calidad de vida de las personas al momento de la externación resultaron ampliamente diversas, debido a la ya mencionada infinidad de variables que atraviesan a cada persona a la hora de formar su opinión.

Por otro lado, los profesionales que componen al equipo de la clínica de neurorehabilitación en la que se llevó a cabo el trabajo de campo han seleccionado una serie de criterios que tienen en cuenta para valorar el estado inicial/de ingreso de las personas internadas, su evolución y las condiciones de externación. Entre ellas no se encuentra la CVRS, asegurando que un concepto tan abstracto es inaprensible y por tanto no puede ser evaluado de forma objetiva, resultando un elemento poco confiable.

Luego del desarrollo de este trabajo, se puede concluir que el bienestar de cada individuo será tan único como la suma de sus experiencias, emociones y aspiraciones. Esta subjetividad debería guiar todo el proceso de rehabilitación de una persona cuya calidad de vida se vio afectada por una lesión cerebral. Esto implica no sólo la implementación de estrategias terapéuticas, sino también las instancias de evaluación, seguimiento y toma de decisiones durante etapas de cambios significativos y desafiantes, como el regreso a casa.

## IX. Referencias bibliográficas

1. Argente HA, Alvarez ME. *Semiología médica / Medical semiology: Fisiopatología, Semiología Y Propedéutica. Enseñanza - Aprendizaje Centrada En La Persona / Pathophysiology; Semiotics and Propedeutic. Teaching and*. 2013.
2. Altieri M, Di Piero V, Pasquini M, et al. Delayed poststroke dementia: a 4-year follow-up study. *Neurology* 2004; 62: 2193–2197.
3. Augustovski FA, Irazola VE, Velazquez AP, et al. Argentine valuation of the EQ-5D health states. *Value Health* 2009; 12: 587–596.
4. Ellis-Hill C, Robison J, Wiles R, et al. Going home to get on with life: patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. *Disabil Rehabil* 2009; 31: 61–72.
5. Shyu Y-IL, Maa S-H, Chen S-T, et al. Quality of life among older stroke patients in Taiwan during the first year after discharge. *J Clin Nurs* 2009; 18: 2320–2328.
6. Belló M, Becerril-Montekio VM. [The health system of Argentina]. *Salud Publica Mex* 2011; 53 Suppl 2: s96–s108.
7. Perez N. CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO. *Oficina de Presupuesto del Congreso - Análisis técnico para fortalecer el debate parlamentario*, <https://www.opc.gob.ar/salud/caracterizacion-del-sistema-de-salud-argentino/> (2021, accessed 14 April 2024).
8. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colect* 2010; 6: 275.
9. Caravaca J, Daniel C. *Afrontar lo inesperado: El Estado argentino ante la crisis global del COVID-19*. Editorial Biblos, 2023.
10. Juárez R, Bufarini M, Anghilante V, Dellacasa J, Monachesi G, Carlomagno F. Una aproximación teórica de los procesos de cuidado en kinesiología hacia una perspectiva de clínica ampliada. *Presentado en la Secretaría de Investigación de la Universidad del Gran Rosario*. Epub ahead of print 22 de diciembre de 2022. DOI: Extracto del informe final del Proyecto de Investigación de Cátedra. Aprobado por Res. 011/2023 el 30 de enero de 2023.
11. Elkinton JR. Medicine and the quality of life. *Ann Intern Med* 1966; 64: 711–714.
12. Spitzer WO. State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *J Chronic Dis* 1987; 40: 465–471.
13. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics* 2016; 34: 645–649.
14. Naughton MJ, Shumaker SA. The case for domains of function in quality of life assessment. *Qual Life Res* 2003; 12 Suppl 1: 73–80.
15. Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 123–129.
16. Velarde-Jurado MC E, Avila-Figueroa MC C. Consideraciones metodológicas para

evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex.*

17. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev Soc Esp Dolor.*
18. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 425–429.
19. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199–208.
20. Alexandrov AV, Krishnaiah B. Accidente cerebrovascular isquémico. *Manual MSD versión para profesionales*, <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurologicos/accidente-cerebrovascular/accidente-cerebrovascular-isqu%C3%A9mico> (accessed 23 January 2024).
21. Micheli F. *Tratado de neurología clínica*. Ed. Médica Panamericana, 2002.
22. Hall JE. Guyton y Hall. Compendio de fisiología médica, [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=KihAEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=guyton+y+hall&ots=Ktv44Ulbas&sig=\\_LwSjH73ptlhO\\_PMcYtB4nkbKBg](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=KihAEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=guyton+y+hall&ots=Ktv44Ulbas&sig=_LwSjH73ptlhO_PMcYtB4nkbKBg) (2021).
23. Stokes M, Stack E. *Fisioterapia en la rehabilitación neurológica*. Elsevier España, 2013.
24. García MÁG. *Manual de fisioterapia para pacientes con ictus*. 2020.
25. Andreasen J, Gobbens RJJ, Eriksen HH, et al. Health-related quality of life at hospital discharge as a predictor for 6-month unplanned readmission and all-cause mortality of acutely admitted older medical patients. *Qual Life Res* 2019; 28: 3015–3024.
26. Garcia Fernández FP, Montalvo Cabrerizo M. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión, <http://repositoriosalud.es/handle/10668/2462> (2007).
27. Eymin G, Aizman A, Lopetegui M, et al. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. *Rev méd Chile* 2014; 142: 229–237.
28. Langhorne P, Baylan S, Early Supported Discharge Trialists. Early supported discharge services for people with acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 7: CD000443.
29. Langhorne P, Taylor G, Murray G, et al. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet* 2005; 365: 501–506.
30. Alessandro L, Olmos LE, Bonamico L, et al. [Multidisciplinary rehabilitation for adult patients with stroke]. *Medicina* 2020; 80: 54–68.
31. Alessandro L, Olmos LE, Bonamico L, et al. [Multidisciplinary rehabilitation for adult patients with stroke]. *Medicina* 2020; 80: 54–68.
32. Devita RL. La rehabilitación oral multidisciplinaria para pacientes adultos edéntulos parciales portadores de aloclusión. Un estudio observacional comparativo con 305 dentistas que son al mismo tiempo especialistas en ortodoncia y en implantología. 2019; 1.
33. Tramonti F, Fanciullacci C, Giunti G, et al. Functional status and quality of life of stroke

- survivors undergoing rehabilitation programmes in a hospital setting. *NeuroRehabilitation* 2014; 35: 1–7.
34. Giaquinto S, Giachetti I, Spiridigliozzi C, et al. Quality of life after stroke in a rehabilitation setting. *Clin Exp Hypertens* 2010; 32: 426–430.
  35. Schindel D, Schneider A, Grittner U, et al. Quality of life after stroke rehabilitation discharge: a 12-month longitudinal study. *Disabil Rehabil* 2021; 43: 2332–2341.
  36. Alessandro L, Olmos LE, Bonamico L, et al. Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. *Medicina* 2020; 80: 54–68.
  37. Nunes HJM, Queirós PJP. Patient with stroke: hospital discharge planning, functionality and quality of life. *Rev Bras Enferm* 2017; 70: 415–423.
  38. Pucciarelli G, Lee CS, Lyons KS, et al. Quality of Life Trajectories Among Stroke Survivors and the Related Changes in Caregiver Outcomes: A Growth Mixture Study. *Arch Phys Med Rehabil* 2019; 100: 433–440.e1.
  39. Andrew NE, Busingye D, Lannin NA, et al. The Quality of Discharge Care Planning in Acute Stroke Care: Influencing Factors and Association with Postdischarge Outcomes. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2018; 27: 583–590.
  40. Xia N, Reinhardt JD, Liu S, et al. Effects of the introduction of objective criteria for referral and discharge in physical therapy for ischemic stroke in China: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2020; 34: 345–356.
  41. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, et al. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev méd Chile* 2011; 139: 579–586.
  42. Szócs I, Dobi B, Lám J, et al. Health related quality of life and satisfaction with care of stroke patients in Budapest: A substudy of the EuroHOPE project. *PLoS One* 2020; 15: e0241059.
  43. Kainz A, Meisinger C, Linseisen J, et al. Changes of Health-Related Quality of Life Within the 1st Year After Stroke-Results From a Prospective Stroke Cohort Study. *Front Neurol* 2021; 12: 715313.
  44. Zawawi NSM, Aziz NA, Fisher R, et al. The Unmet Needs of Stroke Survivors and Stroke Caregivers: A Systematic Narrative Review. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2020; 29: 104875.
  45. National Stroke Foundation (Australia). *Clinical Guidelines for Stroke Management 2010*. National Stroke Foundation, 2010.

## X. Anexos

### X. C. Anexo 1 - EuroQoL 5D-3L

Marque con una cruz como esta  la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

#### Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

#### Cuidado-Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

**Actividades de Todos los Días** (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

#### Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

#### Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado  
de salud  
hoy**

Mejor estado  
de salud  
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Peor estado  
de salud  
imaginable

Como las respuestas son anónimas, la información personal que le pedimos a continuación nos ayudará a valorar mejor las respuestas que nos ha dado.

1. ¿Tiene usted experiencia en enfermedades graves?  
(conteste a las tres situaciones)

	Sí	No	
<i>en usted mismo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POR FAVOR PONGA UNA CRUZ EN LA CAJITA
<i>en su familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>en el cuidado de otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. ¿Cuántos años tiene?

3. Es usted: Varón  Mujer
- POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

4. Es usted:
- fumador*
- ex-fumador*
- nunca ha fumado*
- POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

5. ¿Trabaja o ha trabajado en servicios de salud o sociales? Sí  No
- POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

Si ha contestado sí, en calidad de qué? .....

6. ¿Cuál es su principal actividad actual?
- empleado o trabaja para si mismo*
- retirado o jubilado*
- tareas domésticas*
- estudiante*
- buscando trabajo*
- otros (por favor especifique)*  .....
- POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

7. ¿Nivel de estudios completados?
- Leer y escribir
- Elementaria, intermedia
- Secundaria, vocacional
- Universidad
- POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

8. Si conoce su código postal, por favor escríbalo aquí:



## X. B. Anexo 2 - Modelo de entrevista

Nombre y apellido:

Afasia: SI/NO

Edad:

Sexo:

Ciudad de residencia:

Barrio (si es de Rosario)

Ocupación:

Patología:

Antecedentes personales:

Antecedentes familiares:

Familia o cuidador/es:

Estudios:

### Entrevista

- ¿Hace cuánto estás cursando la internación?
- ¿Se te explicó en qué consiste tu cuadro?
  - ¿Entendiste la explicación?
  - ¿Sabés cuál es la causa del cuadro?
  - ¿Sabés qué tipo de ACV tuviste?
- ¿Pensaste/Pensaron donde vas a vivir tras el alta?
  - ¿Hay algún preparativo que hacer o que hayas hecho?
- ¿Suponés que seguirás con tu proceso de rehabilitación?
  - ¿Crees que es factible hacerlo?
- Si tuvieses que describir los últimos meses de tu rehabilitación, ¿cómo lo harías?
- ¿Qué es lo más importante para vos? ¿Eso se ha visto afectado por el ACV?

### EQ5D

- ¿Tiene experiencia en enfermedades graves?
- ¿Cuántos años tiene?
- Es usted: varón/mujer
- ¿Es usted fumador?
- Trabaja/ha trabajado en servicios sociales?
- Actividad actual:
- Nivel de estudios completos
- Código postal:

Movilidad:

Cuidado personal:

AVD:

Dolor/malestar:

Ansiedad/depresión:

VAS:

### X. E. Anexo 3 - Modelo de entrevista al director del área de Kinesiología

- ¿Cómo es el **proceso** de externación?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ¿Cuáles son los **criterios** que se tienen en cuenta para comenzar con el proceso de externación?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ¿Cuáles son las **herramientas** de evaluación que utilizan en dicho proceso?  
¿Consideras que se podría usar alguna otra? ¿Quiénes son los encargados de llevar adelante el proceso de evaluación de calidad de vida relacionada con salud?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ¿Cómo describirías las percepciones de los profesionales de tu equipo de trabajo en relación a la CVRS de los pacientes?

## **X. D. Anexo 4 - Consentimiento informado Director del área de Kinesiología**

A. información para el participante

Título del Trabajo: **Evaluación de calidad de vida relacionada a la salud durante el proceso de externación de personas luego de un accidente cerebrovascular**

Autor: Octavio D'Angelo

Directora de tesina: Esp. Melina Bufarini (MP 2726/2)

Estamos invitando a participar en el estudio "**Evaluación de calidad de vida relacionada a la salud durante el proceso de externación de personas luego de un accidente cerebrovascular**" a realizarse en Pilares del Rosario, que tiene como objetivo analizar la calidad de vida relacionada a la salud de un grupo de personas con un accidente cerebrovascular que estén prontos a la externación.. Dicho estudio corresponde al trabajo de elaboración para la tesina de grado de la Lic. en Kinesiología y Fisiatría de la Universidad del Gran Rosario.

Como parte del estudio se le harán una serie de preguntas sobre su labor profesional. Las preguntas que se le realizarán no implica la revelación de datos privados de pacientes ni profesionales y la información recabada será anónima. Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de negarse a contestar si así lo decide. La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. Los resultados que se logren podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones y la identidad de las personas entrevistadas no será revelada y su privacidad será preservada.

B. Hoja de firmas

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en este trabajo de investigación. Entendí que se trata de una serie de preguntas sobre el trabajo realizado en la institución. Sé que puedo decidir libremente mi participación en este estudio. La participación es voluntaria y entendí que toda información que se recolecte es confidencial, y que no se me identificará en ningún momento. He leído y comprendido la información contenida en este formulario; he podido hacer todas las preguntas que creí necesarias. Se firman dos ejemplares iguales y se le entrega uno al firmante.

Firma del participante :.....

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:

Octavio D'Angelo.

Teléfono: (299) 5463594

## **X. A. Anexo 5 - Modelo de consentimiento de Pacientes**

### **DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **A. Información para el participante**

Estamos invitando a participar en el estudio “Evaluación de calidad de vida relacionada a la salud durante el proceso de externación de personas luego de un accidente cerebrovascular” a realizarse en la Clínica de Rehabilitación Pilares del Rosario, que tiene como objetivo dimensionar la calidad de vida relacionada a la salud de un grupo de pacientes neurológicos con ACV que estén transitando el final de su internación en el centro de rehabilitación Pilares del Rosario. Este estudio puede ser beneficioso para personas que hayan sufrido un ACV y para los kinesiólogos que los traten.

Usted ha sido diagnosticado con Accidente Cerebro Vascular. Los resultados obtenidos en este estudio pueden resultar muy beneficiosos para el posterior inicio del tratamiento neurológico en pacientes que presenten el mismo cuadro. Como parte del estudio se le aplicará un cuestionario de Calidad de Vida Relacionado a la Salud, así como también responder a un cuestionario presentado. Los estudios que se le realizará no implican riesgos ni molestias para usted, no representa riesgos. Consiste en única instancia evaluativa.

Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decide, sin que se resienta la atención que se le brinda en el efector. Si usted tiene dudas acerca del estudio o por los estudios realizados puede concurrir cualquier día al centro de rehabilitación y contactar al profesional responsable del estudio para aclarar sus dudas. La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. En consecuencia la información que se elabore como resultado de la presente investigación será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales.

Los resultados que se logren podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones y la identidad del paciente y de su familia no será revelada y su privacidad será preservada.

## DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### B. Hoja de firmas

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en este trabajo de investigación. Entendí de qué se trata el estudio al que he sido invitado/a a participar. Sé que puedo decidir libremente mi participación en este estudio y que aunque decida no participar, continuaré recibiendo la atención habitual.

La participación es voluntaria y entendí que toda información personal que se recolecte es confidencial, y que no se me identificará en ningún momento.

He leído/se me ha leído y he comprendido la información contenida en este formulario; he podido hacer todas las preguntas que creí necesarias. Participar de este estudio no implica un beneficio económico o de otro tipo más allá de la atención habitual.

Se firman dos ejemplares iguales y se le entrega uno al firmante.

Firma del participante: .....

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Firma de testigo .....

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Profesional que participó del proceso de Consentimiento informado

Firma.....

Aclaración.....

Lugar y Fecha.....

**Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:**

Nombre y apellido: Octavio D'Angelo

Lugar de contacto: Clínica de Rehabilitación de Pilares

Teléfono: (299) 5463594

## X. F. Anexo 6 - Evaluación FIM

### Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre y Apellido del beneficiario causante: .....

D.N.I: .....

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	Motor 91 puntos	<b>Autocuidado</b>	
		1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
		3. Baño	
		4. Vestido hemicuerpo superior	
		5. Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	
		<b>Control de esfínteres</b>	
		7. Control de vejiga	
		8. Control de intestino	
		<b>Movilidad</b>	
		9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10. Traslado al baño	
	11. Traslado en bañera o ducha		
	<b>Ambulación</b>		
	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas		
	13. Subir y bajar escaleras		
	Cognitivo 35 puntos	<b>Comunicación</b>	
14. Comprensión			
15. Expresión			
<b>Conocimiento social</b>			
16. Interacción social			
		17. Solución de problemas	
		18. Memoria	
<b>Total</b>			

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

## X. G. Anexo 7 - Evaluación propia de la clínica

### Planilla de evaluación kinésica.

Nombre y apellido:	
Diagnóstico	
Peso Kg.	
Fecha de Evaluación:	
Profesional:	

NOTA: Completar con números o marcando la opción correcta con un círculo, según corresponda

Fuerza (Escala MRC (Medical Research Council))		
1. Abducción del brazo	Dcho:...../5	Izq:...../5
2. Flexión del antebrazo	Dcho:...../5	Izq:...../5
3. Extensión de la muñeca	Dcho:...../5	Izq:...../5
4. Flexión de la pierna	Dcho:...../5	Izq:...../5
5. Extensión de la rodilla	Dcho:...../5	Izq:...../5
6. Dorsiflexión del pie	Dcho:...../5	Izq:...../5
Valor Total		

Observaciones:

ROM:	Completa	No Completa
------	----------	-------------

Observaciones:

Tono muscular (Escala de Ashworth modificada)	
Hipertono / Hipotono / Espástico / Flácido	
MSD	
MID	
MID	
MII	
Abdominales	

Observaciones:

Sensibilidad	Normal	Alterada
--------------	--------	----------

Observaciones:

Dolor (Escala VAS)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
--------------------	----------------------

Observaciones:

<b>Control cefálico</b>	Controla	No Controla
-------------------------	----------	-------------

**Observaciones:**

<b>Control de Tronco Estático</b>	Controla	No Controla
<b>Control de Tronco Dinámico</b>	Controla	No Controla

**Observaciones:**

<b>Transferencias</b>	SI	NO
	Con Asistencia	Sin Asistencia

**Observaciones:**

<b>Marcha</b>	SI	NO
	Con Asistencia	Sin Asistencia

**Observaciones:**

<b>Respiratorio</b>				
<b>TQM</b>	SI	NO	<b>Tipo</b>	
	FC	FR	SatO <sub>2</sub>	
<b>O<sub>2</sub> Suplementario</b>	SI	NO	Concentrador	Líquido
<b>Pico Flujo</b>	Pimax	Pemax		
<b>Incentivador</b>	SI	NO		

**Objetivos Terapeuticos:**



X. H. Anexo 8 - Escala ASIA



STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY

### MOTOR

KEY MUSCLES

	R	L
C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		

Elbow flexors  
Wrist extensors  
Elbow extensors  
Finger flexors (distal phalanx of middle finger)  
Finger abductors (little finger)

0 = total paralysis  
1 = palpable or visible contraction  
2 = active movement, gravity eliminated  
3 = active movement, against gravity  
4 = active movement, against some resistance  
5 = active movement, against full resistance  
NT = not testable

Hip flexors  
Knee extensors  
Ankle dorsiflexors  
Long toe extensors  
Ankle plantar flexors

Voluntary anal contraction (Yes/No)

TOTALS  +  =  MOTOR SCORE  
(MAXIMUM) (50) (50) (100)

	LIGHT TOUCH		PIN PRICK	
	R	L	R	L
C2				
C3				
C4				
C5				
C6				
C7				
C8				
T1				
T2				
T3				
T4				
T5				
T6				
T7				
T8				
T9				
T10				
T11				
T12				
L1				
L2				
L3				
L4				
L5				
S1				
S2				
S3				
S4-5				

0 = absent  
1 = impaired  
2 = normal  
NT = not testable

TOTALS {  +  =  PIN PRICK SCORE (max: 112)  
 +  =  LIGHT TOUCH SCORE (max: 112)  
 (MAXIMUM) (56)(56) (56)(56)

### SENSORY

KEY SENSORY POINTS

Any anal sensation (Yes/No)

streetsie.com

<b>NEUROLOGICAL LEVEL</b> The most caudal segment with normal function	R	L	<b>COMPLETE OR INCOMPLETE?</b> <input type="checkbox"/> Incomplete = Any sensory or motor function in S4-S5	<b>ZONE OF PARTIAL PRESERVATION</b> Caudal extent of partially innervated segments	R	L
	SENSORY <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOTOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>ASIA IMPAIRMENT SCALE</b> <input type="checkbox"/>	SENSORY <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOTOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

## X. I. Anexo 9 - Puntaje de evaluación Tinetti

### 1. DE SEDESTACIÓN A BIPEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, levántese. Intente no ayudarse de las manos.

- 4 capaz de levantarse sin usar las manos y de estabilizarse independientemente
- 3 capaz de levantarse independientemente usando las manos
- 2 capaz de levantarse usando las manos tras varios intentos
- 1 necesita una mínima ayuda para levantarse o estabilizarse
- 0 necesita una asistencia de moderada a máxima para levantarse

### 2. BIPEDESTACIÓN SIN AYUDA

INSTRUCCIONES: Por favor, permanezca de pie durante dos minutos sin agarrarse.

- 4 capaz de estar de pie durante 2 minutos de manera segura
- 3 capaz de estar de pie durante 2 minutos con supervisión
- 2 capaz de estar de pie durante 30 segundos sin agarrarse
- 1 necesita varios intentos para permanecer de pie durante 30 segundos sin agarrarse
- 0 incapaz de estar de pie durante 30 segundos sin asistencia

*Si un paciente es capaz de permanecer de pie durante 2 minutos sin agarrarse, puntúa 4 para el ítem de sedestación sin agarrarse y se pasa directamente al ítem 4.*

### 3. SEDESTACIÓN SIN APOYAR LA ESPALDA, PERO CON LOS PIES SOBRE EL SUELO O

**SOBRE UN ESCALÓN O TABURETE.**

INSTRUCCIONES: Por favor, siéntese con los brazos junto al cuerpo durante 2 min.

- 4 capaz de permanecer sentado de manera segura durante 2 minutos
- 3 capaz de permanecer sentado durante 2 minutos bajo supervisión
- 2 capaz de permanecer sentado durante 30 segundos
- 1 capaz de permanecer sentado durante 10 segundos
- 0 incapaz de permanecer sentado sin ayuda durante 10 segundos

X. J. Anexo 10 - Escala GUSS

# GUSS

(SCREENING DE DEGLUCION)

## 1. Evaluación Inicial/Test Indirecto De Deglución

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_

	SI	NO
<b>Vigilia</b> (el paciente debe estar alerta por al menos 15 minutos)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Tos y/o aclaramiento</b> (tos voluntaria) (el paciente debe toser o aclarar su voz al menos 2 veces)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Deglución de saliva</b>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Deglución eficiente		
Sialorrea	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Cambios en la voz (ronca, húmeda, débil)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL:</b>	1-4= evalúe más adelante* 5= continúe con la parte 2	

## 2. Evaluación De Deglución Directa (Materiales: agua purificada, cuchara plástica, espesante, pan)

En el siguiente orden	1	2	3
	SEMISOLIDO*	LIQUIDO**	SOLIDO***
<b>DEGLUCION:</b>			
Deglución Ausente	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0
Deglución Retardada (> 2 seg.) (con sólido > 10 seg.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1
Deglución Lograda	2	2	2
<b>TOS (involuntaria)</b> (antes, durante o después de la deglución-hasta 3 min. después)			
SI	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0
NO	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1
<b>SIALORREA</b>			
SI	0	0	0
NO	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1
<b>CAMBIOS EN LA VOZ:</b> (escuche la voz del paciente antes y después de la deglución, el paciente debería decir "a")			
SI	0	0	0
NO	1	1	1
<b>TOTAL:</b>			
	1-4= Evalúe más adelante 5= Continúe con líquido	1-4= Evalúe más adelante 5= Continúe con sólido	1-4= Evalúe más adelante 5= Normal
<b>TOTAL:</b> (evaluación indirecta de la deglución y evaluación directa de la deglución)	----- ( 20)		

*	Primero se suministra 1/3 de cucharada. Agua con espesante (consistencia de compota) Si no hay síntomas con 3 a 5 cucharadas. Determinar después de la 5ª cucharada
**	3, 5, 10, 20 ml de agua si no hay sintomatología continúe con 50 ml de agua Determinar y detener el estudio cuando sea observado uno de estos criterios.
***	Clinico: pan seco; FEES; pan seco el cual es sumergido en colorante líquido.

X. K. Anexo 11 - ACE-R

Nombre:		Hospital:			
Fecha de nacimiento:		Examinador:			
Profesión:		Fecha de evaluación:			
Años de escolaridad:		Lateralidad:			
<b>ATENCIÓN</b>					
▶ Preguntar:					
¿En qué año estamos?  _____	¿En qué mes estamos?  _____	¿En qué estación del año estamos?  _____	¿Qué día de la semana es hoy?  _____	¿Qué día del mes es hoy?  _____	Atención [0-5]  <input type="text"/>
¿En qué país estamos?  _____	¿En qué provincia estamos?  _____	¿En qué ciudad estamos?  _____	¿En qué lugar estamos?  _____	¿En qué piso estamos?  _____	Atención [0-5]  <input type="text"/>
<b>ATENCIÓN</b>					
▶ Decir: "Voy a darle tres palabras y quiero que las repita cuando yo haya terminado: LIMÓN, TREN Y PELOTA". Después de que las haya repetido, decirle: "Intente recordarlas porque luego se las volveré a preguntar". Puntuar sólo el primer intento (repetir 3 veces si es necesario). Registrar el número de ensayos:					
Atención [0-3]  <input type="text"/>					
<b>ATENCIÓN</b>					
▶ Decir: "Desde el número 100, vaya restando de 7 en 7 hasta que yo le diga". Si el sujeto comete un error, no detenerle. Considerar el número de operaciones que ha realizado correctamente (por ejemplo: 93, 84, 77, 70, 63: puntuar 4). Detener después de 5 sustracciones (93, 86, 79, 72, 65):  _____					
Atención [0-5]  <input type="text"/>					
<b>MEMORIA</b>					
▶ Preguntar: "¿Qué tres palabras le pedí que repitiera y recordara?".  _____					
Memoria [0-3]  <input type="text"/>					

X. L. Anexo 12 - MNA



Mini Nutritional Assessment  
MNA®

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Talle, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

**Cribaje**

**A** Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faldade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses?  
0 = ha comido mucho menos  
1 = ha comido menos  
2 = ha comido igual

**B** Pérdida reciente de peso (<3 meses)  
0 = pérdida de peso > 3 kg  
1 = no lo sabe  
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg  
3 = no ha habido pérdida de peso

**C** Movilidad  
0 = de la cama al sillón  
1 = autonomía en el interior  
2 = sale del domicilio

**D** Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?  
0 = sí 2 = no

**E** Problemas neuropsicológicos  
0 = demencia o depresión grave  
1 = demencia moderada  
2 = sin problemas psicológicos

**F** Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)  
0 = IMC < 19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

**Evaluación del cribaje**  
(subtotal máx. 14 puntos)

12 puntos o más : normal – no es necesario continuar la evaluación

11 puntos o menos : posible malnutrición – continuar la evaluación

**Evaluación**

**G** El paciente vive independiente en su domicilio?  
1 = sí 0 = no

**H** Toma más de 3 medicamentos al día?  
0 = sí 1 = no

**I** Úlceras o lesiones cutáneas?  
0 = sí 1 = no

**J.** Cuántas comidas completas toma al día?  
0 = 1 comida  
1 = 2 comidas  
2 = 3 comidas

**K** Consume el paciente

- productos lácteos al menos una vez al día?  sí  no
- huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?  sí  no
- carne, pescado o aves, diariamente?  sí  no

0.0 = 0 o 1 síes  
0.5 = 2 síes  
1.0 = 3 síes

**L** Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?  
0 = no 1 = sí

**M** Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)  
0.0 = menos de 3 vasos  
0.5 = de 3 a 5 vasos  
1.0 = más de 5 vasos

**N** Forma de alimentarse  
0 = necesita ayuda  
1 = se alimenta solo con dificultad  
2 = se alimenta solo sin dificultad

**O** Se considera el paciente que está bien nutrido?  
0 = malnutrición grave  
1 = no lo sabe o malnutrición moderada  
2 = sin problemas de nutrición

**P** En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?  
0.0 = peor  
0.5 = no lo sabe  
1.0 = igual  
2.0 = mejor

**Q** Circunferencia braquial (CB en cm)  
0.0 = CB < 21  
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22  
1.0 = CB > 22

**R** Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)  
0 = CP < 31  
1 = CP ≥ 31

**Evaluación (máx. 16 puntos)**

**Cribaje**

**Evaluación global (máx. 30 puntos)**

**Evaluación del estado nutricional**

De 17 a 23.5 puntos  riesgo de malnutrición

Ref1 Velás B, Vilas H, Abellós G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10 : 456-465.  
Rebasista LZ, Harker JO, Salka A, Gligoz Y, Velás B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A : M366-377.  
Gligoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10 : 466-487.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Suisse (Rd), Trademark Owners  
© Nestlé, 1994, Revizión 2006. N67200 12.99 10M