



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA Y SUS FACTORES
ASOCIADOS EN PACIENTES DESPUÉS DE UN ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR EN TRES HOSPITALES DE TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN EN LIMA: ESTUDIO DE COHORTE A
6 MESES DE SEGUIMIENTO**

CHANGES IN THE QUALITY OF LIFE AND ITS ASSOCIATED
FACTORS IN PATIENTS AFTER A STROKE EVENT IN THREE
THIRD-CARE HOSPITALS IN LIMA: A 6-MONTH FOLLOW-UP
COHORT STUDY

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES

ALEXANDRA CAMILA LANDEO KNOX
MARIA MILAGROS NIQUEN JIMENEZ
EMILY PALOMINO CHUQUIVILCA

ASESORA

MARIA DE LOS ÁNGELES LAZO PORRAS

CO- ASESOR

NÉSTOR ENRIQUE NAJAR TRUJILLO

LIMA – PERÚ
2022

JURADO

Presidente: Dr. Martin Arturo Tipismana Barbaran

Vocal: Dr. Daniel Andrés Cáceres Alpaca

Secretario: Dra. Larissa Otero Vegas

Fecha de Sustentación: 27 de agosto del 2022

Calificación: Aprobado

ASESORES DE TESIS

ASESORA

Dra. María de los Ángeles Lazo Porras

CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas

Universidad Peruana Cayetano Heredia

ORCID: 0000-0003-0062-5476

CO-ASESOR

Dr. Néstor Enrique Najjar Trujillo

Unidad de Investigación de Neurología y Neuropediatría

ORCID: 0000-0002-1332-3429

DEDICATORIA

A mi mamá Maritza y mi papá Moisés por ser mi apoyo incondicional y siempre creer en mí. A mis abuelas Beatriz y Susana, por ser mi ejemplo de lucha y superación; y a mis abuelos, Luis y Manuel, porque ustedes eran los más felices de que estudie medicina y aunque ya no estén aquí conmigo, sé que están orgullosos de mí. – Alexandra Camila Landeo Knox

A mí y a mi mami. Ya terminé la tesis má, ya podemos realizar los paseos y viajes que no pudimos hacer. - María Milagros Niquen Jiménez.

A mis padres porque me enseñaron que siempre hay una salida para cada problema y que las lágrimas también pueden ser de felicidad y a mis abuelos porque me heredaron sus sueños y sus gustos, pero no sus miedos. - Emily Palomino Chuquivilca

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestra asesora, por su tiempo y paciencia con nosotras. También a nuestros padres apoyo económico todos estos años, a Alex por su apoyo con la luz y el internet. Gracias a nuestras mascotas Toffee, Kiara, Lulú, Mila y Valentina por su compañía. Y a la Dra. Muriches, gracias por las terapias de risa.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Trabajo de investigación autofinanciado. El estudio que generó la base de datos para el proyecto de tesis obtuvo financiamiento mediante el fondo concursable del Hospital Cayetano Heredia, año 2014.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivos	5
III. Materiales y Métodos	6
IV. Resultados	13
V. Discusión	17
VI. Conclusiones	23
VII. Referencias Bibliográficas	24
VIII. Tablas, gráficos y figuras	27
Anexos	36

RESUMEN

Antecedentes: El accidente cerebrovascular (ACV) es uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú. No obstante, existe una brecha de información actualizada respecto a la calidad de vida del paciente post-ACV.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida y sus factores asociados en 3 momentos posteriores a un ACV. **Métodos y Materiales:** Estudio observacional analítico de cohorte con exploración de factores asociados y uso de datos secundarios. Se utilizó la escala SF-36 y escala Rankin modificada para medir las dimensiones de la calidad de vida y funcionalidad, respectivamente. Asimismo, se midieron otros potenciales factores asociados sociodemográficos y clínicos. Se realizaron modelos de regresión lineal mixtos crudos y ajustados mediante la versión Stata17.

Resultados: Se incluyó 259 participantes, los cuales presentaron una mejoría de la función física de 11.5 puntos al primer mes y 21.7 puntos a los 6 meses de seguimiento en los coeficientes ajustados en comparación a la medida basal. Dentro de los factores asociados, para la dimensión de función física, una funcionalidad desfavorable disminuye 27.4 puntos y la edad mayor a 65 años está asociado a una disminución de 9.08 puntos a los 6 meses del ACV en comparación a una funcionalidad favorable y a una edad menor a 65 años respectivamente.

Conclusión: Se encontró una mejora de la dimensión función física en el seguimiento de los participantes. Nuestros hallazgos podrían ayudar a expandir el conocimiento de la prevención terciaria del ACV y posteriormente la implementación de estrategias de salud pública en esta área.

Palabras claves: Accidente cerebrovascular, calidad de vida, Salud Pública, Perú

ABSTRACT

Background: The stroke is one of the main problems of Public Health in Peru. However, there is a gap in updated information regarding quality of life (QoL) of post-stroke patients. **Objective:** Assess the QoL and its associated factors in 3 moments after a stroke. **Methods and Materials:** Observational analytic cohort study with exploration of associated factors and secondary data use. The SF-36 scale and Rankin modified scale were used to measure the dimensions of QoL and the functionality, respectively. Likewise, other potential associated sociodemographic and clinical factors were measured. Raw and adjusted mixed linear regression models were performed using Stata version 17. **Results:** 259 participants were included. They showed an improvement in physical function of 11.5 points at the 1 month and 21.7 points at the 6 months follow-up in the adjusted coefficients compared to the baseline measurement. Among the associated factors, for the dimension of physical function, unfavorable functionality decreases 27.4 points and the age over 65 is associated with a decrease of 9.08 points at 6 months post stroke compared to favorable functionality and younger age to 65 years, respectively. **Conclusion:** An improvement in the physical function dimension was found at 1 month and 6 months of follow-up. Likewise, and age older than 65 year and unfavorable functionality are related to a lower QoL score. Our findings could help expand the knowledge of tertiary prevention of stroke and subsequently implementation of public health strategies in this area.

Keywords: Stroke, Quality of life, Public Health, Peru

I. INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) es una emergencia médica y es catalogada como una enfermedad crónica por el Centro de Control de Enfermedades (CDC).¹ Asimismo, es considerado uno de los principales problemas de Salud Pública debido a los altos costos que genera por las secuelas y la discapacidad en sus sobrevivientes.^{2,3} Epidemiológicamente, el ACV representa la segunda causa de muerte en Latinoamérica y el Caribe y la tercera causa de muerte y discapacidad combinada en el mundo.^{4,5} En Perú, se reportó al ACV como la tercera causa de mortalidad y como la séptima causa de discapacidad en el año 2019.^{6,7}

Los efectos secundarios posteriores a sufrir un ACV están asociados a una menor calidad de vida y la funcionalidad del paciente. Ambas variables también relacionados al pronóstico, ya que se ha asociado mayor mortalidad en pacientes con alto grado de discapacidad,⁸ y por ende menor calidad de vida y funcionalidad, por lo que ambos son componentes esenciales para el seguimiento y tratamiento de personas que han sufrido un ACV.^{9,10}

Se han realizado estudios a nivel internacional sobre calidad de vida. Un estudio realizado en Bulgaria observó que, por encima de los 65 años, el puntaje disminuye 0.51 unidades cada año en la escala de intensidad de apoyo Stroke Impact Scale 3.0 (SIS 3.0). Dentro de los factores clínicos que presentaban los participantes, quienes tenían antecedentes de patologías cardiovasculares, obtenían menores valores en la escala que pacientes con otras patologías.¹¹ Una investigación en Taiwán encontró que algunos factores como el género, el nivel socioeconómico y el tipo de ACV no tuvieron impacto en la calidad de vida del paciente. Sin embargo, la severidad del

evento y la funcionalidad se veían más relacionados a un déficit de la calidad de vida seguido de factores sociodemográficos como la educación, la presencia de empleo y el estado civil.¹² También hallaron que hubo una mejoría en la calidad de vida desde la hospitalización hasta los 3 meses post-ACV; sin embargo, el puntaje no llegaba a ser igual a la calidad de vida antes del evento según la puntuación obtenida en la escala SIS 3.0.¹¹

A pesar de la importancia del tema, es limitada la evidencia respecto a la calidad de vida a nivel latinoamericano. El estudio ÑANDU en Chile, encontró que en el seguimiento a los 6 meses de 769 pacientes post ACV, el puntaje general en el cuestionario EuroQoL de 5 dimensiones fue bajo, más bajo en mujeres que en hombres, y la calidad de vida disminuía más con la edad. Asimismo, fue más bajo en pacientes con hemorragia intracerebral e infarto total de la circulación anterior en comparación a otros tipos de ACV isquémico. La prevalencia más alta de problemas fue para la dimensión de dolor o discomfort. El mismo patrón se observó a los 12 meses de seguimiento, con un leve incremento de media en la dimensión de utilidad.¹³ En Brasil, Carod-Artal *et al.* encontraron que ciertos factores como el nivel de educación y el estado civil no influyen en la calidad de vida; sin embargo, se observó, con respecto a la ocupación, que amas de casa tenían un peor puntaje que personas con trabajos remunerados. Dentro de los factores clínicos, hallaron que pacientes con antecedente de diabetes mellitus tenían puntajes más bajos en el área de comunicación y movilidad en comparación a pacientes con otras comorbilidades. Por último, no se evidenciaron diferencias entre la calidad de vida de los pacientes con ACVs isquémicos y hemorrágicos.¹⁴

A nivel nacional, existe una brecha de información sobre últimas tendencias con respecto a la calidad de vida y sus factores asociados en pacientes después de un ACV. Ya que, si bien hay estudios peruanos publicados,^{8,15,16} la mayoría de ellos no muestra el impacto del ACV en la calidad de vida a lo largo en el tiempo. Existen dos proyectos que evaluaron la calidad de vida usando la escala SF-36 y con una sola medición . Ambos estudios no emplearon modelos crudos y ajustados^{15,16}. El primer estudio realizado en Ica durante los meses de agosto del 2010 y enero del 2011, entre sus hallazgos, obtuvieron que el rol físico fue la categoría con mejor puntuación¹⁵. El segundo proyecto, realizado en Tacna en el 2019, concluye que los participantes presentaron mejor puntaje en las categorías de Función física y Dolor corporal¹⁶.

Por último, un estudio realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en Lima durante enero del 2008 y diciembre del 2009, evaluó factores asociados a un favorable resultado de la funcionalidad en pacientes post-ACV. Entre sus hallazgos, la edad, sexo, puntaje NIHSS, estado civil y tipo de seguro del paciente estuvieron relacionados al puntaje de la funcionalidad. Asimismo, sugirieron que debían realizarse posteriores análisis con mediciones al mes y a los 6 meses para poder realizar comparaciones confiables y mejorar el entendimiento de los factores asociados a lo largo del tiempo¹⁷.

Es por ello que planteamos realizar esta tesis, usando una base de datos de un estudio longitudinal el cual nos permitirá la evaluación de la calidad de vida de pacientes después de un accidente cerebrovascular y sus potenciales factores relacionados (sociodemográficos, clínicos, y funcionalidad) en un seguimiento

hasta los 6 meses y en 3 hospitales de Lima, los cuales son de referencia y manejan gran población de pacientes con esta condición.

Esta información nos brindará un mejor panorama para la toma de decisiones con relación al enfoque preventivo terciario y asignación de recursos con respecto al seguimiento de los pacientes, esperando que se pueda modificar aquellos parámetros que puedan favorecer una mejor calidad de vida y así mejorar el manejo del ACV en el Perú.

II. OBJETIVOS

Objetivo principal: Evaluar la calidad de vida y sus factores asociados en 3 momentos posteriores a un accidente cerebrovascular: en la hospitalización, al mes y a los 6 meses.

Objetivos secundarios:

-Explorar la asociación entre factores sociodemográficos y la calidad de vida basal, al mes y durante los 6 meses posteriores al ACV.

-Explorar la asociación entre funcionalidad y calidad de vida a los 6 meses posteriores al ACV.

-Explorar la asociación entre factores clínicos y la calidad de vida a los 6 meses posteriores al ACV.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

El proyecto corresponde a un estudio observacional analítico de cohorte con exploración de factores asociados.

Participantes

Se utilizó una base de datos del estudio titulado “Calidad de vida y funcionalidad en el seguimiento del Accidente Cerebrovascular: Un estudio longitudinal” con código 070-2013, la cual se realizó en las siguientes sedes: Hospital Cayetano Heredia (HCH), el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y Hospital Essalud Alberto Sabogal Sologuren. El enrolamiento comenzó en el 2014 y el último seguimiento se realizó en el 2016.

Dentro de los objetivos trazados por el estudio base se tiene como objetivo principal estimar el nivel de la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes con diagnóstico de ACV que acuden a la red pública de salud peruana hasta los 6 meses luego del estudio; y como objetivos secundarios describir la tasa de hospitalizaciones, complicaciones, mortalidad y adherencia al tratamiento, además de estimar la variación en el tiempo del puntaje promedio de calidad de vida y funcionalidad y, por último, evaluar si recibieron un programa de rehabilitación y el tiempo del mismo. Sin embargo, en este proyecto se decidió tomar el objetivo principal del estudio anterior enfocándonos principalmente en la calidad de vida y no se tomó en cuenta el tercer mes del seguimiento por ausencia de información en la base de datos proporcionada. Por otro lado, dentro de los objetivos secundarios mencionados se usó como base para nuestros objetivos la variación en el tiempo del

puntaje obtenido de la calidad de vida durante los 6 meses de realizado el estudio y se añadió por motivos de interés científico de las investigadoras el estudiar factores sociodemográficos y clínicos que puedan estar asociados a la calidad de vida. Se emplearon los mismos criterios de inclusión y exclusión del estudio base. (Ver Tabla 1)

Muestra

Se realizó un muestreo secuencial de las sedes hospitalarias seleccionadas. El marco muestral fueron todos los pacientes hospitalizados ya sea en un pabellón de hospitalización médico, neurológico o neuroquirúrgico, unidad coronaria o de cuidados intensivos, departamento de emergencia o reportado por consultorio de las sedes seleccionadas.

Se enroló 259 participantes, por lo que para la presente tesis se hizo un cálculo de la potencia usando la fórmula para medidas repetidas continuas. Debido a que no encontramos un estudio que haya utilizado el cuestionario SF-36 en seguimiento de pacientes con ACV, ni seguimiento a 6 meses hemos utilizado resultados de estudios similares. Se usó el estudio Tsalta-Mladenov, et al. el cual encontró un cambio de la calidad de vida del 15% en el puntaje basal vs 3 meses post-ACV usando el cuestionario SIS 3.0¹⁸. También se usó la media y desviación estándar del estudio Kielbergerová, et al. que nos daba una media de 64.7 y una desviación estándar de 28.0 para la categoría función física usando el SF-36 a los 6 meses de seguimiento¹⁹. Usando los valores de Kielbergerová, et al se calculó una medida basal de función física del SF-36 considerando un puntaje 15% menor (basado en el estudio de Tsalta-Mladenov y siendo conservadores).

La fórmula para salud física fue la siguiente: .samps 55.8 64.7, sd1(28.0) sd2(28.0)
method(change) pre(1) post(3) r1(.7) n1(259) n2(152)

Usando la fórmula mencionada y los valores que se presentan se obtuvo una potencia del 100%. Además se estimó la potencia usando diferentes dimensiones de calidad de vida (salud mental, vitalidad y dolor corporal) y en todos los casos se obtuvo una potencia mayor al 99%

Definición operacional de variables

La variable de interés de este estudio fue la evaluación de la calidad de vida, definido como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.⁹ Esta variable fue medida mediante la escala SF-36. Por otro lado, la evaluación de uno de los objetivos secundarios fue evaluar la funcionalidad, definida como facultad del individuo para realizar actividades cotidianas de forma independiente. Se utilizó la escala Rankin modificada para su medición.

Otras variables consideradas en el análisis incluyeron variables sociodemográficas, clínicas y estilo de vida. Las variables sociodemográficas incluidas fueron sexo (femenino o masculino), edad (<65 y \geq 65 años), estado civil (tiene o no pareja), ocupación (empleado o desempleado) y finalmente, el nivel educativo según el número de años de estudio (<7 y \geq 7 años). Adicionalmente, comorbilidades diagnosticadas previa o durante la hospitalización (hipertensión arterial, diabetes, ACV previo, infarto agudo al miocardio, fibrilación auricular o dislipidemia) que se categorizaron en ninguna, 1 comorbilidad o 2 o más comorbilidades, índice de

masa corporal dividido en categorías según la clasificación de la Organización Mundial de Salud ($<25 \text{ Kg/m}^2$, $25 - <30 \text{ Kg/m}^2$ y $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$) y tipo de ACV (isquémico o hemorrágico).

Por último, las variables incluidas dentro de la categoría de estilos de vida fueron consumo de sustancias nocivas (alcohol o tabaco). Definido como el consumo de alguna vez o nunca de cualquier tipo de bebida alcohólica o tabaco.

Instrumentos de medida

Escala SF-36

En el estudio original se evaluó usando el cuestionario SF-36 validado en español,²⁰ equivalente a un número de 0 a 100 puntos (Anexo 1). Esta variable se midió en 3 puntos de seguimiento: al alta, al mes del evento, a los tres meses y a los 6 meses del evento. Para este trabajo, sólo se utilizaron los valores al alta, al mes del evento y a los 6 meses del evento. Se usó la versión española SF-36v2™ Health Survey²¹ para la conversión de puntaje en la escala SF-36. Primero, se agruparon las preguntas según las 7 dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, rol emocional y salud mental) explicadas en el anexo 2. Luego, se invirtió la puntuación y se calibró la puntuación para 10 de los ítems; después, se sustituyó el valor de las respuestas ausentes donde fuese posible. Por último, se calculó las puntuaciones crudas de cada escala y se transformó en una escala del 0 al 100. Siendo el 0 el peor resultado y el 100 el mejor resultado.

Funcionalidad

Se midió utilizando la escala de Rankin modificada, la cual consta de 7 categorías y tienen valores numéricos que van desde el 0 (asintomática) hasta el 6 (muerte)

(anexo 3). A su vez, se hizo la división en 3 categorías según el puntaje obtenido: siendo de 0 a 1 aquellos categorizados como escala Rankin favorable, de 2 a 5 como escala Rankin desfavorable y 6 de muerte. Las medidas de funcionalidad que se consideraron fueron la medida basal (dado al alta hospitalaria) y las registradas al mes y a los seis meses.

Procedimientos y técnicas

El estudio base fue realizado en las sedes hospitalarias seleccionadas con autorización preliminar de sus respectivos comités de ética. Se realizó el enrolamiento revisando el libro de censo de los servicios de Neurología y Neurocirugía, luego se identificó a los pacientes que cumplieran con los criterios establecidos, asimismo, se brindó el consentimiento informado y firma del mismo, posteriormente, se realizó el registro de datos, y finalmente, el seguimiento de los pacientes vía telefónica al mes, tres meses y seis meses.

Por otro lado, para el presente estudio, previo permiso de los investigadores principales del estudio original, se utilizó la data otorgada por un miembro del grupo de investigación del estudio base y cuya investigadora es la asesora del proyecto de tesis. Se presentó el protocolo a la Facultad de Medicina y al comité institucional de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Tras las aprobaciones respectivas se procedió a seleccionar la data que cumpliera los criterios de inclusión y exclusión del presente proyecto.

Procesamiento de datos

La base de datos obtenida se exportó al programa de Microsoft office Excel y fue revisado de forma cruzada por las investigadoras (ALK, MNJ, EPC) para evitar que

haya un duplicado en las respuestas y verificar que los registros estén completos. El análisis se realizó a cargo de las investigadoras principales y la asesora del proyecto. Las investigadoras principales realizaron una comparación de los códigos y las diferentes variables a estudiar. Finalmente, las tablas y figuras se realizaron utilizando Microsoft Office Word.

Aspectos éticos del estudio

Antes de ejecutarse, el presente estudio fue presentado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. No se obtuvo acceso a revisión de consentimientos informados, ni a nombres de los participantes del estudio original. La base de datos obtenida se encontraba codificada. La información de recolección y selección de registros del presente trabajo sólo pueden tener acceso las investigadoras y la asesora del estudio. El consentimiento informado y firmado en el proceso del reclutamiento incluía que la información obtenida podía utilizarse con fines para otros estudios.

Plan de Análisis

Para el análisis estadístico, se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2019 y el programa STATA versión 17 para Windows (StataCorp, College Station, TX, EUA). Se exportaron los datos a STATA 17, donde se procedió a renombrar las variables numéricas según la codificación del estudio base. Para la escala Rankin, se convirtieron las variables numéricas según lo explicado en el anexo 2. Luego, se realizó la tabulación y el análisis estadístico de los datos. Utilizamos porcentajes y frecuencias para describir variables categóricas, mientras que, para las variables continuas, medidas de dispersión de acuerdo a distribución no normal (medianas y

percentiles 25 y 75). Para la evaluación de cada dimensión de la calidad de vida en dos muestras independientes se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney-Wilcoxon (edad categorizada, género, nivel educativo, ocupación entre otros) y para más de dos muestras independientes, Kruskal-Wallis (antecedentes patológicos, índice de masa corporal). También se emplearon modelos de regresión lineal mixtos crudos y ajustados para evaluar las diferencias de cada dimensión de la calidad de vida entre la línea de base (primera evaluación), al mes del evento y a los 6 meses al evento. Se estimaron coeficientes y sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%). Las variables que se incluyeron en el modelo ajustado fueron basadas en el criterio teórico. Además, se estimaron coeficientes e IC95% con modelos de regresión lineal crudos y ajustados teniendo como desenlace las dimensiones de la calidad de vida a los 6 meses con el fin de identificar los potenciales factores asociados. Se definió un resultado estadísticamente significativo cuando se tenga un valor de $p < 0.05$.

IV. RESULTADOS

Dentro de la base de datos se incluyeron a 269 participantes; de los cuales 6 no contaban con ningún dato y 4 se encontraban fuera del rango de edad. Por lo cual, se revisó un total de 259 registros; 113 pertenecían al Hospital Cayetano Heredia, 80 al Hospital Arzobispo Loayza y 66 al Hospital Sabogal. Además, 2 de ellos contaban con datos incompletos al inicio del estudio. Teniendo en cuenta que hubo 44 pérdidas al mes de seguimiento, se realizó la evaluación a 215 participantes, donde se hallaron 22 muertes y 1 registro incompleto. A los 6 meses, se agregaron 34 pérdidas, teniendo como total de participantes al final del estudio 159 con 5 muertes adicionales y 1 registro incompleto. (Gráfico 1)

Características sociodemográficas

Dentro de las características sociodemográficas de la población encontramos que 154 (59.5%) participantes tenían 65 años o más y un total de 137 (52.9%) eran mujeres. Asimismo, en los antecedentes patológicos, 137 (53.1%) participantes tuvieron dos o más comorbilidades asociadas, 102 (45.9%) tenían sobrepeso y 225 (87.2%) tenían registro de consumo de alcohol. Por último, según el tipo de ACV, se registró que la mayoría tuvieron un ACV isquémico (n=231, 89,5%). (Tabla 2)

Calidad de vida y funcionalidad

En la tabla 3 se pueden visualizar las medianas con los percentiles 25 y 75 de los puntajes alcanzados por los participantes en el cuestionario SF36 que se usó para evaluar la calidad de vida al inicio del estudio, al mes y a los 6 meses post ACV. El puntaje medio en área de función física fue de 35, 50 y 70 en la evaluación basal,

al mes y a los 6 meses del evento respectivamente. En el caso de salud mental el valor basal medio alcanzado fue de 64, al mes de 60 y a los 6 meses del evento de 64. Se pueden visualizar el resto de valores obtenidos según dimensiones de calidad de vida en la misma tabla.

Con respecto a funcionalidad se evidenció que al inicio del estudio un 87.3% de los participantes tenían puntajes desfavorables, al mes hubo un 10.3% de muertes y un 74.8% de participantes con puntajes desfavorables y a los 6 meses se encuentra un 5% de muertes, sin embargo, el porcentaje de participantes con puntaje desfavorable disminuyó a 65.2%. (Tabla 3)

Asociación entre los factores sociodemográficos y clínicos con las dimensiones de la calidad de vida

Las dimensiones de la calidad de vida que presentaron asociación con alguna variable en todas las mediciones (basal, al mes y a los 6 meses) fueron las dimensiones de salud física, dolor corporal y salud general (Tabla 4 y Anexo 4). La dimensión de salud física y la dimensión dolor corporal estuvieron asociadas a la edad. Además, la dimensión dolor corporal estuvo asociado también al consumo de tabaco (Tabla 4). Por otro lado, la dimensión de salud general estuvo asociada a las variables estado civil y comorbilidades (Anexo 4).

Finalmente, las dimensiones de salud mental, vitalidad y rol emocional, fueron las dimensiones con menos asociación a las variables de estudio (Tabla 4 y Anexo 4).

Variación de la calidad de vida en el tiempo

En la tabla 5 podemos observar la variación de los puntajes por dimensiones de calidad de vida según el cuestionario SF36 a través del tiempo (al mes y a los 6 meses del evento) teniendo la medición basal como referencia. En este análisis, se halló que, en el modelo ajustado, el puntaje de la dimensión de función física al mes aumenta en 11.5 (IC 95%: 7.8 a 15.1) y a los 6 meses aumenta en 21.7 (IC 95%: 15.7 a 27.8) puntos con respecto al puntaje basal. Por otro lado, se vio que un puntaje Rankin desfavorable disminuye en 19.2 (IC 95%: -26.1 a -12.3) la valoración de la función física en comparación a un puntaje de Rankin favorable. En el caso del dolor corporal, al evaluar el modelo crudo, el puntaje disminuyó en 3.1 (IC 95%: -5.6 a -0.6) puntos al mes y en 3.2 (IC 95%: -7.0 a 0.6) puntos a los 6 meses con respecto al puntaje basal; sin embargo, solo el primero fue significativo. Para el modelo ajustado al mes el puntaje disminuyó en la misma cantidad que en el modelo crudo, pero ninguno de ellos fue significativo. Finalmente, se observa que la dimensión de rol emocional disminuye en 12.7 al mes (IC 95%: -20.8 a -4.5) en el modelo ajustado (Anexo5).

Se evaluó de la misma manera las dimensiones de salud general, salud mental y vitalidad; las cuales no presentaron resultados significativos (Tabla 5 y Anexo 5).

Asociación entre calidad de vida a los 6 meses y los factores asociados

En la tabla 6 podemos encontrar la asociación entre las diferentes dimensiones de la calidad de vida a los 6 meses y los factores sociodemográficos y clínicos de la población. Para la dimensión de función física podemos observar que tener 65 años o más disminuye en 13.4 puntos (IC95%: -22.0 a -4.7) la calidad de vida para el

modelo crudo y 9.1 (IC95%: -17.9 a -0.2) en el modelo ajustado en comparación con los que tienen menos de 65 años. Esta misma variable afecta la dimensión de salud mental y dolor físico; sin embargo, sólo es estadísticamente significativo en el coeficiente crudo y no en el ajustado. Asimismo, el tener 2 o más comorbilidades disminuye la calidad de vida en 4.3 puntos (IC95%: -8.2 a -0.3) y 12.1 puntos (IC95%: -21.6 a -2.7) en el modelo crudo de las dimensiones vitalidad y dolor físico, respectivamente; sin embargo, no es significativo en el modelo ajustado.

Finalmente, tener una puntuación desfavorable en la escala de Rankin es el factor clínico que tiene un mayor impacto en las dimensiones de función física, salud mental y dolor físico, tanto en el modelo crudo como en el ajustado. Por ejemplo, esta variable disminuye en 27.4 puntos (IC95%: -36.6 a -18.2) la calidad de vida según el modelo ajustado para la dimensión de función física (Tabla 6).

V. DISCUSIÓN

Dentro de los resultados obtenidos, lo más resaltante fue la mejoría de la función física de los participantes durante el seguimiento al mes y a los 6 meses y que, según lo esperado, una funcionalidad desfavorable se encuentra asociado a una disminución en la puntuación de la función física, conforme avanza el tiempo. Se observó también que, dentro de los factores asociados encontrados, la edad fue un factor importante, ya que tener una edad por encima de los 65 años puede disminuir la calidad de vida con respecto a su función física a diferencia de los menores a este rango. Es importante recalcar que una baja funcionalidad puede disminuir la calidad de vida en su mayoría de dimensiones a los 6 meses de sufrir un ACV. Sin embargo, estadísticamente no se vio una asociación significativa entre la funcionalidad y todas las dimensiones de calidad de vida, a excepción de la dimensión de función física.

Schindel D. et.al evaluaron la calidad de vida de 322 pacientes post ACV isquémico y 54 pacientes post ACV hemorrágico usando la escala EUROHIS – QOL 8 ítems, la cual determina la calidad de vida según la autopercepción del paciente, en dicho estudio observaron que los niveles de la calidad de vida disminuyeron y no lograron retornar a su puntaje basal al año de seguimiento.²² En otro estudio de Tsalta en Bulgaria, se evaluó a 150 pacientes post ACV isquémico durante 3 meses con la herramienta de SIS 3.0, la cual mide la calidad de vida según las necesidades de apoyo que tenga el paciente, en esta se vio que el puntaje total de la calidad de vida tenía una tendencia a mejorar en el seguimiento del mes y a los 3 meses.¹¹ En nuestro estudio, los cambios en la calidad de vida se dividieron según dimensiones,

siendo el más resaltante el de la función física donde se visualizó un aumento del puntaje al mes y a los 6 meses en comparación con el basal. La diferencia de estos resultados con los anteriormente expuestos puede deberse a los distintos modos en que los autores evalúan la calidad de vida, dependiendo de la herramienta utilizada, del tiempo de seguimiento y del tipo de análisis utilizado.¹¹

Por otro lado, en esta investigación encontramos que la edad de 65 años a más se asocia con disminución de la calidad de vida; esto también se encontró en otros estudios en las cuales se utilizaron otras escalas para medir la calidad de vida como SIS 3.0.^{11,23} Por otro lado, la funcionalidad de los pacientes post-ACV también juega un rol importante en la calidad de vida. Resultados similares a nuestro estudio se encontraron en un estudio con 155 pacientes a los cuales se le hizo seguimiento por 1 año post ACV donde se encontró que la discapacidad está asociada a una menor calidad de vida.²⁴

Respecto a los factores clínicos y sociodemográficos asociados a la calidad de vida luego de un ACV, tanto estudios transversales como longitudinales identificaron que el sexo, estado civil, estado laboral y nivel educativo se asociaban a la calidad de vida^{11,14,25,26}. En un análisis realizado a 3 meses del evento se encontró que tener bajo nivel educativo se asociaba a una baja calidad de vida en comparación con participantes de nivel educativo universitario¹¹. En otro estudio donde se evaluó pacientes de hospitales de Mongolia, se usó la escala World Health Organization QoL-BREF para evaluar la calidad de vida, en este los participantes solteros experimentaron una disminución en el área física, psicológica, social y ambiental comparado a los casados.²³ En nuestro estudio, los factores sociodemográficos

mencionados anteriormente se encontraban asociados; sin embargo al ajustar los resultados a las variables seleccionadas a los 6 meses del estudio, estos perdían significancia.

Es importante mencionar que, en un estudio realizado en un hospital de tercer nivel en Lima, donde se evaluó el manejo de pacientes post ACV durante la pandemia del COVID-19, pacientes y cuidadores reportaron déficits en la comunicación entre ellos y el personal de salud, además de la ausencia de un entrenamiento formal para los cuidados del paciente al alta y dificultades para obtener citas control, traduciéndose en una interrupción de la continuidad del cuidado de los pacientes post ACV.²⁷ Ante este escenario, es posible que en el contexto de la pandemia los resultados de calidad de vida y funcionalidad en los pacientes que han sufrido un ACV sean iguales o peores a los encontrados en la presente tesis.

La relevancia en Salud Pública

Un estudio publicado en el 2019 hizo un análisis del estatus de la carga de enfermedad por ACV en Latinoamérica.² En dicho estudio, Perú no presentaba ningún plan implementado a nivel nacional para prevención del ACV, presentando registros de 4 hospitales públicos con 1 unidad para ACV y para procedimientos como trombólisis. Por otro lado, no había data disponible para procedimientos como trombectomías ni tampoco información relacionada al seguimiento de la rehabilitación a la hospitalización ni al alta.² Estos resultados denotan que los esfuerzos en Perú aún son insuficientes para cumplir tanto los objetivos de la declaración de Gramado como la hoja de ruta para la prevención primaria de ACV 2021-30.^{2,28} Nuestro trabajo presenta información relevante tanto para el área de la

Salud Pública como para el área Neurológica-Neuroquirúrgica. Por un lado, es posible hacer un seguimiento a corto-mediano plazo en los pacientes post-ACV, por lo que podría iniciarse estudios piloto relacionados a la efectividad de diferentes plataformas para evaluación y cuidado de los paciente post-ACV. Por otro lado, la información obtenida de las características sociodemográficas-clínicas les serán útil tanto a los servicios de los hospitales en los cuales se hizo el reclutamiento, ya que tendrán un mejor panorama y orientación de prevención y del perfil de pacientes más afectados para los futuros pacientes que se atiendan en dichos nosocomios considerando sobre todo el impacto en la calidad de vida.

Limitaciones y Fortalezas

Las limitaciones de este estudio incluyen la exclusión de la evaluación de las dimensiones de función social y rol físico. La primera categoría fue excluida debido a que la valoración del proyecto basal no se ajustaba a la traducción de los puntajes dados por el SF-36v2™ Health Survey²¹, mientras que la segunda categoría fue excluida debido a un error de digitación de la base de datos del cual se obtuvo la información. Por otro lado, en el estudio no se recolectó información acerca del nivel socioeconómico ni soporte familiar de los participantes; siendo posiblemente variables confusoras ya que ambas están relacionadas al puntaje de la calidad de vida.²⁹

A pesar de tener una potencia de 99%, es posible que el tamaño muestral no sea suficiente para evaluar la totalidad de factores asociados a la calidad de vida; sin embargo, la falta de información respecto a este tema en Perú hace relevante nuestro estudio.

Además, no se tuvo acceso a información sobre la rehabilitación ni seguimiento clínico que tuvieron los participantes, por lo que no se sabe con exactitud que factor influyó en la mejora de la puntuación de la función física. Asimismo, tampoco se sabe la razón de muerte de los participantes durante el seguimiento; sin embargo, da paso a que se puedan explorar las deficiencias y fortalezas en los cuidados después de la hospitalización, así como implementación de programas de educación y entrenamiento tanto para los pacientes como los cuidadores. Otra limitación para tomar en cuenta es la falta de acceso a la data de tratamiento y uso de trombólisis que se tuvo del estudio base, puesto que el manejo terapéutico es un factor asociado relevante que puede afectar a la calidad de vida de los pacientes. Esto debido a que se ha visto en otros estudios que los sobrevivientes de un ACV mayores de 80 años que han sido tratados oportunamente con trombólisis reportaron tener una mejoría funcional y neurológica con una baja mortalidad que se traduce a una mejor calidad de vida, la cual es comparable a pacientes más jóvenes que han atravesado por el mismo tratamiento.³⁰

Finalmente, la población de estudio estaba basada en Lima, no obstante, un tercio de la población peruana habita en Lima y además nuestro trabajo contribuye a que se realicen otros proyectos que evalúen la calidad de vida en diferentes regiones del Perú y se pueda analizar si existe un factor influyente como la altura.³¹

Dentro de las fortalezas de nuestro estudio, en primer lugar, este trabajo es uno de los pocos que evalúa la calidad de vida con un seguimiento de 6 meses y con análisis de la escala SF-36 que incluye modelos crudos y ajustados, siendo esta escala considerada como aquella que evalúa de forma más integral la calidad de vida. Además, el estudio del cual se obtuvo la base de datos es uno de los pocos proyectos

con financiamiento nacional para estudios de ACV, y servirá para conseguir más fondos tanto internacionales como nacionales para posteriores análisis. Adicionalmente, el HCH es 1 de los 4 hospitales públicos, y posiblemente el único perteneciente al Ministerio de Salud, que cuenta con unidad de ictus;³² por lo que la información recolectada es un gran marco de referencia de la epidemiología del ACV en el sector público en Perú.

VI. CONCLUSIONES

Nuestro principal resultado es la mejora de la dimensión función física al mes y a los 6 meses de enrolamiento, sin evidencia clara de mejora de otras dimensiones de la calidad de vida como salud mental, vitalidad y dolor corporal. Además, dentro de los factores asociados se encontró que una edad mayor a 65 años estaba relacionada con una baja puntuación en la dimensión de función física a los 6 meses posterior al ACV. Finalmente, una funcionalidad desfavorable disminuye la función física de un individuo conforme transcurre el tiempo, repercutiendo su calidad de vida.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CDC. Stroke | cdc.gov. Centers for Disease Control and Prevention. Published April 5, 2022. Accessed June 2, 2022. <https://www.cdc.gov/stroke/index.htm>
2. Priorities to reduce the burden of stroke in Latin American countries - The Lancet Neurology. Accessed June 2, 2022. [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(19\)30068-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(19)30068-7/fulltext)
3. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean - The Lancet Neurology. Accessed June 2, 2022. [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(07\)70003-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(07)70003-0/fulltext)
4. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Accessed June 2, 2022. <https://www.who.int/es/publications/journals/bulletin>
5. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*. 2022;17(1):18-29. doi:10.1177/17474930211065917
6. Peru. Institute for Health Metrics and Evaluation. Published September 9, 2015. Accessed June 2, 2022. <https://www.healthdata.org/peru>
7. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 - The Lancet. Accessed June 2, 2022. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext)
8. Alvarado-Dulanto CMA, Lazo M de los Á, Loza-Herrera JD, Málaga G. Pronóstico al año tras sufrir el debut de enfermedad cerebrovascular en pacientes de un hospital nacional de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2015;32(1):98-103.
9. American Stroke Association. Accessed June 2, 2022. <https://www.stroke.org/en>
10. Mar J, Masjuan J, Oliva-Moreno J, et al. Outcomes measured by mortality rates, quality of life and degree of autonomy in the first year in stroke units in Spain. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015;13(1):36. doi:10.1186/s12955-015-0230-8
11. Tsalta-Mladenov M, Andonova S. Health-related quality of life after ischemic stroke: impact of sociodemographic and clinical factors. *Neurological Research*. 2021;43(7):553-561. doi:10.1080/01616412.2021.1893563

12. Chou CY. Determinants of the Health-related Quality of Life for Stroke Survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2015;24(3):655-662. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.10.022
13. Lavados PM, Hoffmeister L, Moraga AM, et al. Incidence, risk factors, prognosis, and health-related quality of life after stroke in a low-resource community in Chile (ÑANDU): a prospective population-based study. *The Lancet Global Health*. 2021;9(3):e340-e351. doi:10.1016/S2214-109X(20)30470-8
14. Carod-Artal FJ, Trizotto DS, Coral LF, Moreira CM. Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. *Journal of the Neurological Sciences*. 2009;284(1):63-68. doi:10.1016/j.jns.2009.04.008
15. Anicama-Hernández Á, Vásquez-Quicaño K, Pineda-Rodríguez A. Calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular que acudieron a consultorio externo de neurología del hospital regional de Ica, Perú 2010-2011. *Revista Médica Panacea*. 2012;2(2). doi:10.35563/rmp.v2i2.131
16. Calidad de vida en el adulto con accidente cerebrovascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, año 2017. Accessed August 19, 2022. http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3706/123_2019_pac-heco_rios_se_fac_2_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Abanto C, Ton TGN, Tirschwell DL, et al. Predictors of Functional Outcome among Stroke Patients in Lima, Peru. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2013;22(7):1156-1162. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.11.021
18. Tsalta-Mladenov M, Andonova S. Health-related quality of life after ischemic stroke: impact of sociodemographic and clinical factors. *Neurological Research*. 2021;43(7):553-561. doi:10.1080/01616412.2021.1893563
19. Kielbergerová L, Mayer O, Vaněk J, Bruthans J, Wohlfahrt P, Cífková R. Quality of life predictors in chronic stable post-stroke patients and prognostic value of SF-36 score as a mortality surrogate. *Transl Stroke Res*. 2015;6(5):375-383. doi:10.1007/s12975-015-0418-6
20. Salazar FR, Bernabé E. The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(2):NP2372-NP2380. doi:10.1177/1010539511432879
21. sf-36-cuestionario.pdf. Accessed June 2, 2022. <https://ginvestigaciontmo.files.wordpress.com/2018/07/sf-36-cuestionario.pdf>
22. Schindel D, Schneider A, Grittner U, Jöbges M, Schenk L. Quality of life after stroke rehabilitation discharge: a 12-month longitudinal study. *null*. 2021;43(16):2332-2341. doi:10.1080/09638288.2019.1699173

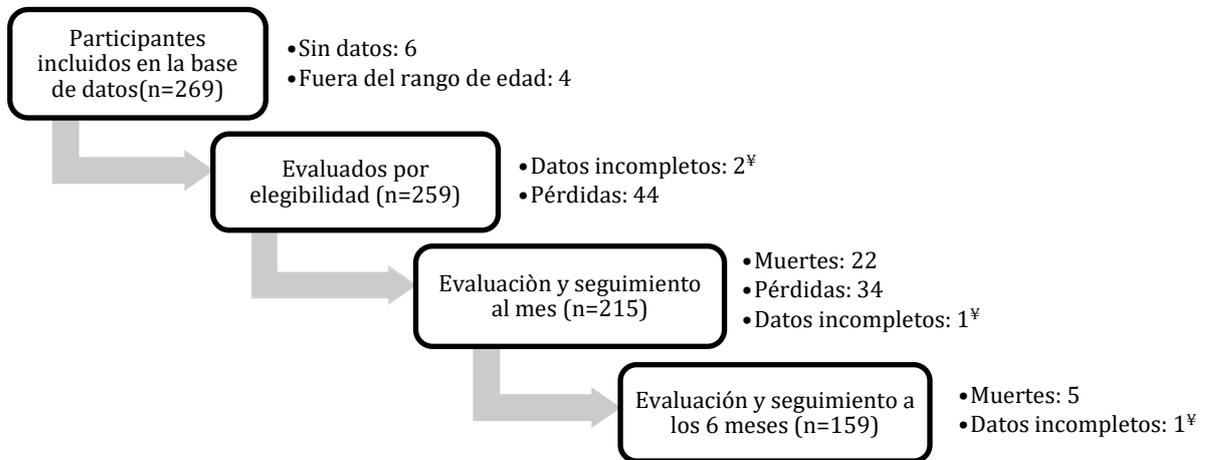
23. Quality of life of stroke survivors: A cross-sectional study of association with functional independence, self-reported fatigue and exercise self-efficacy - Omoyemi O Ogwumike, Abimbola A Omoregie, Olumide O Dada, Umaru M Badaru, 2021. Accessed June 16, 2022.
https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/17423953211023960?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
24. Chuluunbaatar E, Chou YJ, Pu C. Quality of life of stroke survivors and their informal caregivers: A prospective study. *Disability and Health Journal*. 2016;9(2):306-312. doi:10.1016/j.dhjo.2015.10.007
25. Kielbergerová L, Mayer O, Vaněk J, Bruthans J, Wohlfahrt P, Cífková R. Quality of life predictors in chronic stable post-stroke patients and prognostic value of SF-36 score as a mortality surrogate. *Transl Stroke Res*. 2015;6(5):375-383. doi:10.1007/s12975-015-0418-6
26. Ramos-Lima MJM, Brasileiro I de C, de Lima TL, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics (Sao Paulo)*. 2018;73:e418. doi:10.6061/clinics/2017/e418
27. Zafra-Tanaka JH, Portocarrero J, Abanto C, Zunt JR, Miranda JJ. Managing Post-Stroke Care During the COVID-19 Pandemic at a Tertiary Care Level Hospital in Peru. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2022;31(4):106275. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106275
28. Owolabi MO, Thrift AG, Mahal A, et al. Primary stroke prevention worldwide: translating evidence into action. *Lancet Public Health*. 2021;7(1):e74-e85. doi:10.1016/S2468-2667(21)00230-9
29. Marshall IJ, Wang Y, Crichton S, McKeivitt C, Rudd AG, Wolfe CDA. The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes. *Lancet Neurol*. 2015;14(12):1206-1218. doi:10.1016/S1474-4422(15)00200-8
30. Diard-Detoeuf C, Debiais S, Imbert M, et al. Quality of Life After Off-Label Thrombolysis for Ischemic Stroke in Elderly Patients. *Drugs Aging*. 2015;32(11):917-926. doi:10.1007/s40266-015-0307-4
31. Lazo-Porrás M, Bernabe-Ortiz A, Gilman RH, Checkley W, Smeeth L, Miranda JJ. Population-based stroke incidence estimates in Peru: Exploratory results from the CRONICAS cohort study. *Lancet Reg Health Am*. 2022;5:100083. doi:10.1016/j.lana.2021.100083
32. RD_178-2018-HCH-DG.pdf. Accessed July 20, 2022.
https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2018/rd/RD_178-2018-HCH-DG.pdf

VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión del estudio base

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Pacientes ≥ 35 años• Diagnóstico primer ACV en hospitalización• Aparición de sintomatología clínica de no más de una semana previo al ingreso• Tiempo de hospitalización menor o igual a una semana al momento de la evaluación• Contar con estudio de imágenes (tomografía o resonancia magnética) no posterior a una semana luego de la presentación clínica	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes con causas no vasculares de síndromes focales cerebrales• Pacientes quienes tuvieran un accidente cerebrovascular secundario a un procedimiento endovascular no cerebral o cirugía• Pacientes previamente postrados crónicamente por un período mayor o igual a 6 meses• Pacientes quienes estuvieran imposibilitados de proporcionar su consentimiento y sin un representante disponible.

Gráfico 1: Flujograma de reclutamiento



Leyenda: [‡]Participantes con datos incompletos en los puntajes de calidad vida. No se hizo exclusión en el reclutamiento.

Tabla 2. Principales características de la población N = 259

Características sociodemográficas, n (%)	
Edad	
<65 años	105 (40.5)
≥65 años	154 (59.5)
Sexo	
Hombre	122 (47.1)
Mujer	137 (52.9)
Estado civil	
Sin pareja	108 (41.9)
Con pareja	150 (58.1)
Nivel educativo	
≥ 7 años	81 (31.5)
< 7 años	176 (68.5)
Estado laboral	
Empleado	86 (34.0)
Desempleado	167 (66.0)
Factores clínicos, n (%)	
Antecedentes patológicos	
Sin comorbilidad	37 (14.3)
1 comorbilidad	84 (32.6)
2 o más comorbilidades	137 (53.1)
Índice de masa corporal	
Normal	39 (17.6)
Sobrepeso	102 (45.9)
Obesidad	81 (36.5)
Sustancias nocivas	
Alcohol	225 (87.2)
Tabaco	147 (57.2)
Tipo de Accidente cerebrovascular	
Isquémico	231 (89.5)
Hemorrágico	27 (10.5)

Tabla 3. Puntajes basales, al mes y a los 6 meses del cuestionario SF-36 y de la escala Rankin

Cuestionario SF-36, mediana (p25 - p 75)			
	Basal (n=257)	Al mes (n=191)	A los 6 meses (n=152)
Función física	35 (0 - 55)	50 (25 - 75)	70 (50 - 85)
Dolor corporal	62 (41 - 84)	62 (41 - 74)	62 (41 - 74)
Salud general	45 (35 - 57)	45 (35 - 57)	45 (35 - 55)
Vitalidad	58 (50 - 65)	55 (50 - 60)	60 (50 - 65)
Rol Emocional	100 (0 - 100)	67 (0 - 100)	100 (0 - 100)
Salud Mental	64 (52 - 72)	60 (56 - 68)	64 (56 - 68)

Escala de Rankin, n (%)			
	Basal N=259	Al mes N=214	A los 6 meses N=158
Favorable (0-1)	33 (12.7)	32 (14.9)	50 (31.6)
Desfavorable (2-5)	226 (87.3)	160 (74.8)	103 (65.2)
Muerte (6)	0	22 (10.3)	5 (3.2)

Tabla 4. Asociación entre factores sociodemográficos y clínicos con los puntajes basales, al mes y a los 6 meses de la calidad de vida

	Función Física mediana (p25 - p 75)						Salud Mental mediana (p25 - p 75)					
	Basal (N=259)	Valor p	Al mes (N=191)	Valor p	A los 6 meses (N=152)	Valor p	Basal (N=256)	Valor p	Al mes (N=190)	Valor p	A los 6 meses (N=152)	Valor p
Factores sociodemográficos												
Edad												
<65 años	50 (5 – 60)	0.013	55 (45–75)	0.006	75 (60–95)	0.001	64(56–74)	0.052	64 (56–72)	0.044	64 (56–72)	0.073
≥ 65 años	30 (0 – 50)		50 (15–70)		65 (50–75)		64 (52–72)		60 (56-68)		60 (56–68)	
Sexo												
Hombre	42.5 (0–55)	0.678	53 (30–75)	0.174	70 (50–80)	0.527	64 (56–72)	0.034	60 (56–68)	0.203	64 (56–68)	0.807
Mujer	30 (5–50)		50 (20–70)		65 (55–85)		64 (52–74)		60 (56–68)		64 (56–68)	
Estado civil[¥]												
Sin pareja	30 (0–50)	0.003	50 (23–68)	0.190	70 (53–85)	0.993	64 (52–72)	0.507	60 (56–68)	0.791	64 (56-68)	0.254
Con pareja	45 (10–65)		50 (25–80)		70 (50–85)		64 (52–72)		60 (56–68)		64 (56–72)	
Nivel Educativo[¥]												
≤ o igual a 7 años	35 (5–50)	0.958	50 (20-65)	0.240	65 (50–85)	0.339	60 (52–68)	0.045	60 (56–68)	0.067	60 (52–68)	0.088
> 7 años	38 (0–55)		55 (30–75)		70 (55–85)		64 (52–72)		64 (56–72)		64 (56–68)	
Estado Laboral[¥]												
Empleado	48 (5–65)	0.112	60 (45–80)	0.003	75 (58–95)	0.003	64 (56–72)	0.436	64 (56–68)	0.317	64 (60–74)	0.011
Desempleado	35 (0–50)		50 (20–65)		65 (50–78)		64 (52–72)		60 (56–68)		60 (56–68)	
Factores Clínicos												
Antecedentes patológicos[¥]												
Sin comorbilidad	50 (10–65)	0.229	50 (30–75)	0.238	70 (65–85)	0.187	68 (56–72)	0.531	60 (56–68)	0.569	65 (60–72)	0.161
1 comorbilidad	35 (0–58)		55 (30–80)		73 (50–85)		64 (56–72)		60 (56–68)		62 (56–68)	
2 o más comorbilidades	30 (0–50)		50 (20–70)		65 (50–80)		64 (52–72)		60 (52–68)		60 (52–68)	

IMC[‡]												
Sobrepeso	40 (0–55)	0.889	55 (30)	0.672	68.0 (25.8)	0.395	64 (52–72)	0.661	60.4 (11.9)	0.731	63.0 (10.6)	0.514
Obesidad	35 (0–50)		51.2 (29.9)		61.3 (31.3)		64 (52–72)		61.9 (11.4)		60 (11.6)	
Sustancias nocivas												
Alcohol[‡]												
Alguna vez	40 (0–55)	0.518	50 (25–75)	0.721	70 (50–85)	0.845	64 (52–72)	0.806	60 (56–68)	0.923	64 (56–68)	0.870
Nunca	35 (0–50)		60 (20–80)		65 (55–80)		64 (52–72)		60 (56–68)		64 (56–68)	
Tabaco[‡]												
Alguna vez	40 (0–50)	0.980	50 (30–75)	0.962	70 (55–85)	0.421	64 (52–72)	0.388	60 (56–68)	0.414	64 (56–68)	0.657
Nunca	35 (5–55)		55 (20–75)		65 (50–85)		64 (52–72)		60 (56–68)		64 (56–72)	
Tipo de ACV[‡]												
Isquémico	40 (5–55)	0.002	50 (30–75)	0.120	70 (50–85)	0.894	64 (52–72)	0.777	60 (56–68)	0.832	64 (56–68)	0.231
Hemorrágico	0 (0–40)		30 (0–55)		71 (50–88)		64 (56–68)		60 (56–68)		54 (50–68)	
Rankin												
Rankin basal												
Favorable	50 (45–70)	<0.001	70 (55–85)	<0.001	75 (55–95)	0.084	64 (52–70)	0.540	60 (56–72)	0.840	64 (60–72)	0.438
Desfavorable	30 (0–50)		50 (20–70)		65 (50–80)		64 (52–72)		60 (56–68)		64 (56–68)	

[‡]Variables con el rango de 1 a 37 datos faltantes.

Tabla 5. Variación en el tiempo al mes y a los 6 meses de la calidad de vida.

	Función Física		Salud Mental		Vitalidad		Dolor Corporal	
	Coef (IC95%) Crudo N=254	Coef (IC95%) Ajustado* N=128	Coef(IC95%) Crudo N=253	Coef (IC95%) Ajustado* N=128	Coef(IC95%) Crudo N=253	Coef (IC95%) Ajustado* N=128	Coef(IC95%) Crudo N=254	Coef (IC95%) Ajustado* N=128
Basal	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
1 mes	12.7 (9.7 – 15.7)	11.5 (7.8 – 15.1)	-0.8 (-2.1 – 0.4)	-0.5 (-2.1 – 1.1)	-0.6 (-1.7 – 0.5)	0.4 (-1.0 – 1.8)	-3.1 (-5.6 - -0.6)	-3.1 (-6.5 – 0.2)
6 meses	24.6 (19.4 – 29.8)	21.7 (15.7 – 27.8)	-0.7 (-2.6 – 1.2)	-0.4 (-2.6 – 1.9)	-1.0 (-2.7 – 0.7)	-0.3 (-2.4 – 1.8)	-3.2 (-7.0 – 0.6)	-3.8 (-8.6 – 0.9)
Rankin Favorable		Ref		Ref		Ref		Ref
Rankin Desfavorable		-19.2 (-26.1 - -12.3)		-1.0 (-5.6 – 3.5)		1.0 (-2.9 – 4.9)		-5.5 (-13.3 – 2.3)

Leyenda: Coef: Coeficiente, IC95%: Intervalo de confianza del 95%

*Modelo ajustado por edad, sexo, antecedentes patológicos, IMC, tipo de ACV y Rankin.

Tabla 6. Asociación entre los factores sociodemográficos y clínicos con las dimensiones calidad de vida a los 6 meses del evento cerebrovascular

	Función física		Salud Mental		Vitalidad		Dolor Corporal	
	Coef(IC95%) crudo N=152	Coef(IC95%) ajustado* N=127	Coef(IC95%) crudo N=152	Coef(IC95%) ajustado* N=127	Coef(IC95%) crudo N=152	Coef(IC95%) ajustado* N=127	Coef(IC95%) crudo N=152	Coef(IC95%) ajustado* N=127
Edad								
< 65 años	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
≥ 65 años	-13.35 (-22.0 – -4.7)	-9.08 (-17.9 - -0.2)	-3.31 (-6.6 – -0.0)	-1.85 (-5.6 – 1.9)	-2.86 (-5.9 – 0.2)	-2.57 (-6.1 – 0.9)	-8.55 (-15.7 - -1.4)	-2.82 (-0.4 – 4.7)
Sexo								
Masculino	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Femenino	4.86 (-4.0 – 13.8)	4.75 (-4.1 – 13.6)	0.56 (-2.8 – 3.9)	0.99 (-2.7 – 4.7)	-0.44 (-3.5 – 2.6)	1.25 (-2.2 – 4.7)	-3.08 (-10.3 – 4.2)	-1.33 (-8.8 – 6.2)
Antecedentes patológicos								
Sin comorbilidad	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
1 comorbilidad	-3.19 (-15.9 – 9.6)	-1.02 (-13,4 – 11.4)	-3.46 (-8.1 – 1.2)	-2.44 (-7.7 – 2.8)	-0.41 (-4.7 – 3.9)	0.06 (-4.8 – 4.9)	-9.53 (-19.8 – 0.7)	-8.93 (-19.5 – 1.6)
2 o más comorbilidades	-8.88 (-20.6 – 2.9)	-0.16 (-11.8 – 11.5)	-4.14 (-8.4 – 0.2)	-2.57 (-7.5 – 2.4)	-4.27 (-8.2 – -0.3)	-3.54 (-8.1 – 1.1)	-12.13 (-21.6 – -2.7)	-9.84 (-19.8 – 0.1)
IMC								
Normal	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Sobrepeso	5.95 (-7.3 – 19.2)	2.31 (-9.5 - -14.1)	0.48 (-4.6 – 5.5)	-0.27 (-5.3 – 4.7)	2.11 (-2.6 – 6.8)	1.23 (-3.4 – 5.9)	8.26 (-2.4 – 18.8)	7.12 (-2.9 – 17.2)
Obesidad	-0.78 (-14.5 – 12.9)	-4.08 (-16.2 – -8.1)	-2.56 (-7.8 – 2.7)	-2.65 (-7.8 – 2.5)	0.54 (-4.3 – 5.4)	0.42 (-4.4 – 5.2)	-2.98 (-13.9 – 8.0)	-3.46 (-13.8 – 6.9)
Tipo de ACV								
Isquémico	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Hemorrágico	0.79 (-19.1 – 20.7)	2.97 (-14.8 – -20.7)	-3.53 (-10.9 – 3.9)	-2.70 (-10.2 – 4.8)	-0.42 (-7.3 – 6.5)	-0.31 (-7.3 – 6.7)	2.15 (-14.1 – 18.4)	5.61 (-9.5 – 20.8)

Rankin

Favorable	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Desfavorable	-29.04	-27.39	-5.45	-5.04	-2.24	-2.34	-16.45	-16.71
	(-37.3 - -20.8)	(-36.6 - -18.2)	(-8.9 - -2.0)	(-8.9 - -1.1)	(-5.5 - 1.0)	(-5.9 - 1.3)	(-23.7 - -9.2)	(-24.6 - -8.6)

Leyenda: ACV: Accidente Cerebrovascular, Coef: Coeficiente, IC95%: Intervalo de confianza del 95%

*Modelo ajustado por edad, sexo, antecedentes patológicos, IMC, tipo de ACV y Rankin.

Anexo 1: Cuestionario SF-36

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 =Excelente
- 2 =Muy buena
- 3 =Buena
- 4 =Regular
- 5 =Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 =Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 =Algo mejor ahora que hace un año
- 3 =Más o menos igual que hace un año
- 4 =Algo peor ahora que hace un año
- 5 =Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

(1= Sí, me limita mucho 2= Sí, me limita un poco 3= No, no me limita nada)

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas?

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. (1 = Sí, 2 = No)

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas

emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1= Nada
- 2= Un poco
- 3= Regular
- 4= Bastante
- 5= Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1= No, ninguno (pasa a 23)
- 2= Sí, muy poco
- 3= Sí, un poco
- 4= Sí, moderado
- 5= Sí, mucho
- 6= Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1= Nada
- 2= Un poco
- 3= Regular
- 4= Bastante
- 5= Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

(1= Siempre, 2= Casi siempre, 3= Muchas veces, 4= Algunas veces, 5= Sólo alguna vez, 6= Nunca)

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

32. ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

(1= Totalmente cierta, 2= Bastante cierta, 3= No lo sé, 4= Bastante falsa, 5= Totalmente falsa)

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

34. Estoy tan sano como cualquiera.

35. Creo que mi salud va a empeorar.

36. Mi salud es excelente.

Anexo 2. Definición de las ocho escalas del SF-36.

Escala	Definición
Función Física	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos
Rol Físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
Dolor Corporal	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
Salud General	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
Función Social	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
Rol Emocional	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
Salud Mental	Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.

Anexo 3: Escala de Rankin modificada

0	Asintomático
1	Sin incapacidad significativa. Síntomas y síntomas. Realiza actividades laborales y sociales
2	Incapacidad leve. Incapaz de realizar todas las actividades previas. Atiende sus asuntos sin ayuda.
3	Incapacidad moderada. Camina sin ayuda de otra persona. Precisa ayuda para algunas tareas. Necesidad de cuidador al menos 2 veces en semana.
4	Incapacidad moderadamente grave. Ayuda para caminar y actividades básicas. Cuidador 1 vez/día
5	Incapacidad grave: encamado, incontinente. Atención constante
6	Muerte

Anexo 4: Asociación entre factores sociodemográficos y clínicos con los puntajes basales, al mes y a los 6 meses de las dimensiones (dolor corporal, salud general, vitalidad y rol emocional) de calidad de vida

	Rol Emocional mediana (p25 - p 75)						Dolor Corporal mediana (p25 - p 75)					
	Basal (N=259)	Valor p	Al mes (N=191)	Valor p	A los 6 meses (N=152)	Valor p	Basal (N=256)	Valor p	Al mes (N=190)	Valor p	A los 6 meses (N=152)	Valor p
Factores sociodemográficos												
Edad												
<65 años	100 (0 – 100)	0.588	67 (0–100)	0.707	100 (0 – 100)	0.332	74(41–100)	0.004	62 (51–84)	0.004	64 (51–84)	0.029
≥ 65 años	100 (0 – 100)		67 (0–100)		100 (0 – 100)		61 (41–74)		52 (41–63)		62 (41–74)	
Sexo												
Hombre	100 (34–100)	0.076	84 (0–100)	0.253	100 (34–100)	0.048	67(42–100)	<0.001	62 (41–84)	0.174	64 (42–74)	0.357
Mujer	100 (0–100)		34 (0–100)		100 (0–100)		54 (32–74)		52 (41–74)		62 (41–74)	
Estado civil[¥]												
Sin pareja	100 (0–100)	0.035	100 (0–100)	0.605	100 (0–100)	0.735	52 (32–84)	0.005	52 (41–64)	0.011	62 (41–74)	0.581
Con pareja	100 (0–100)		67 (0–100)		100 (0–100)		63(42–100)		62 (51–84)		62 (42–74)	
Nivel Educativo[¥]												
≤ o igual a 7 años	100 (0–100)	0.177	67 (0-100)	0.716	100 (0–100)	0.502	52 (37–74)	0.025	52 (41–64)	0.079	62 (41–74)	0.126
> 7 años	100 (0–100)		67 (0-100)		100 (0–100)		62(41–100)		62 (41–84)		62 (51–84)	
Estado Laboral[¥]												
Empleado	100 (34–100)	0.421	100 (0–100)	0.339	100 (34–100)	0.086	62(41–100)	0.128	62 (51–84)	0.091	74 (52–84)	0.008
Desempleado	100 (0–100)		67 (0–100)		100 (0–100)		62 (41–84)		52 (41–74)		62 (41–74)	
Factores Clínicos												
Antecedentes patológicos[¥]												
Sin comorbilidad	100 (100–100)	0.060	100 (0–100)	0.414	100 (100–100)	0.009	100(52–100)	<0.001	62(51–100)	0.100	74(52–100)	0.045
1 comorbilidad	100 (0–100)		100 (0–100)		100 (0–100)		62 (41–84)		62 (42–74)		62 (41–74)	
2 o más comorbilidades	100 (0–100)		34 (0–100)		100 (0–100)		52 (37–74)		52 (41–74)		62 (41–74)	
IMC[¥]												
Sobrepeso	100 (0–100)	0.520	0 (0-100)	0.165	100 (0-100)	0.462	62 (41–100)	0.170	62 (41-84)	0.521	62 (51-84)	0.043
Obesidad	100 (0–100)		100 (0-100)		83 (0-100)		57 (37–84)		52 (41-72)		57 (41-74)	
Sustancias nocivas												

Alcohol [¥]												
Alguna vez	100 (0–100)	0.055	67 (0–100)	0.247	100 (0–100)	0.709	64 (41–100)	0.001	62 (41–74)	0.058	62 (42–84)	0.048
Nunca	33 (0–100)		0 (0–100)		100 (0–100)		52 (22–62)		52 (32–64)		52 (41–64)	
Tabaco [¥]												
Alguna vez	100 (0–100)	0.319	67 (0–100)	0.357	100 (33–100)	0.013	64 (52–72)	<0.001	60 (56–68)	0.001	64 (56–68)	0.012
Nunca	100 (0–100)		33 (0–100)		100 (0–100)		64 (52–72)		60 (56–68)		64 (56–72)	
Tipo de acv [¥]												
Isquémico	100 (0–100)	0.736	67 (0–100)	0.049	100 (0–100)	0.403	62 (41–84)	0.287	62 (41–74)	0.165	62 (42–74)	0.983
Hemorrágico	100 (0–100)		0 (0–67)		50 (0–100)		74 (41–100)		52 (31–62)		52 (41–92)	
Rankin												
Rankin basal												
Favorable	100 (0–100)	0.570	67 (0–100)	0.775	100 (0–100)	0.694	72 (46–100)	0.170	62 (52–100)	0.017	74 (41–84)	0.261
Desfavorable	100 (0–100)		67 (0–100)		100 (0–100)		62 (41–84)		52 (41–74)		62 (41–74)	

[¥]Variables con el rango de 1 a 37 datos faltantes.

	Salud General						Vitalidad					
	Basal (N=259)	Valor p	Al mes (N=191)	Valor p	mediana (p25 - p 75) A los 6 meses (N=152)	Valor p	Basal (N=256)	Valor p	Al mes (N=190)	Valor p	mediana (p25 - p 75) A los 6 meses (N=152)	Valor p
Factores sociodemográficos												
Edad												
<65 años	45(35 – 60)	0.098	45 (35–60)	0.478	45 (35–57)	0.300	60(50–65)	0.045	60 (50–65)	0.008	60 (50–65)	0.129
≥ 65 años	40(35 – 55)		42 (35–55)		45 (35–52)		55 (50–60)		55 (50–60)		55 (50–60)	
Sexo												
Hombre	45 (35–57)	0.394	45 (35–57)	0.743	45 (35–52)	0.112	60 (50–65)	0.010	55 (50–65)	0.058	55 (50–65)	0.782
Mujer	40 (35–55)		45 (35–57)		45 (35–57)		55 (50–60)		55 (50–60)		60 (50–60)	
Estado civil[¥]												
Sin pareja	40 (30–50)	0.012	40 (35–50)	0.006	42 (35–49)	0.009	55 (50–60)	0.114	55 (50–60)	0.134	55 (50–60)	0.525
Con pareja	45 (35–60)		45 (40–62)		45 (40–57)		60 (50–65)		55 (50–65)		60 (50–65)	
Nivel Educativo[¥]												
≤ o igual a 7 años	40 (35–52)	0.254	40 (35–52)	0.194	45 (35–52)	0.169	55 (50–60)	0.002	53 (50–60)	0.005	55 (50–60)	0.226
> 7 años	45 (35–60)		45 (35–60)		45 (36–55)		60 (50–65)		60 (50–65)		60 (50–65)	
Estado Laboral[¥]												
Empleado	45 (35–60)	0.112	45 (37–57)	0.003	45 (36–60)	0.003	60 (50–65)	0.436	55 (50–65)	0.317	55 (50–65)	0.011
Desempleado	40 (35–57)		42 (35–57)		45 (35–55)		55 (50–60)		55 (50–60)		60 (50–60)	
Factores Clínicos												
Antecedentes patológicos[¥]												
Sin comorbilidad	100(100–100)	0.001	0 (0–0)	0.040	100 (0–100)	0.043	60 (50–65)	0.259	55 (50–60)	0.100	60 (50–65)	0.045
1 comorbilidad	100 (0–100)		0 (0–0)		100 (0–100)		60 (50–65)		55 (50–65)		60 (50–65)	
2 o más comorbilidades	50 (0–100)		0 (0–0)		50 (0–100)		55 (50–65)		55 (50–60)		55 (50–60)	
IMC[¥]												
Sobrepeso	40 (32–55)	0.660	45 (35–55)	0.081	45 (40–55)	0.537	55 (50–60)	0.720	55 (50–60)	0.899	55 (50–65)	0.464
Obesidad	45(40–60)		45 (40–60)		48 (35–57)		55 (50–65)		55 (50–65)		55 (50–65)	
Sustancias nocivas												
Alcohol[¥]												
Alguna vez	45 (35–57)	0.256	45 (35–60)	0.197	45 (35–55)	0.797	60 (50–65)	0.079	55 (50–65)	0.225	60 (50–65)	0.686
Nunca	40 (35–45)		40 (30–50)		45 (40–47)		55 (50–60)		55 (50–60)		60 (50–60)	

Tabaco[¥]												
Alguna vez	45 (35-55)	0.637	45 (35-57)	0.908	45 (35-55)	0.817	60 (50-65)	0.047	60 (50-65)	0.013	60 (50-65)	0.182
Nunca	45 (35-60)		45 (35-60)		45 (35-57)		55 (50-60)		55 (50-60)		55 (50-60)	
Tipo de ACV[¥]												
Isquémico	45 (35-57)	0.011	45 (35-57)	0.032	45 (35-55)	0.196	60 (50-65)	0.859	55 (50-63)	0.595	60 (50-65)	0.775
Hemorrágico	37 (25-45)		35 (25-40)		40 (35-48)		55 (50-65)		55 (50-60)		53 (50-65)	
Rankin												
Rankin basal												
Favorable	50 (38-62)	0.113	45 (40-60)	0.211	45 (40-57)	0.431	55 (50-65)	0.886	60 (50-65)	0.357	55 (50-65)	0.760
Desfavorable	40 (35-55)		42 (35-57)		45 (35-55)		60 (50-65)		55 (50-60)		60 (50-65)	

[¥] Variables con el rango de 1 a 37 datos faltantes.

Anexo 5: Variación en el tiempo al mes y a los 6 meses de la calidad de vida.

	Salud General		Rol emocional	
	Coef(IC95%)	Coef (IC95%)	Coef(IC95%)	Coef (IC95%)
	Crudo N=253	Ajustado* N=128	Crudo N=254	Ajustado* N=128
Basal	Ref	Ref	Ref	Ref
1 mes	-0.6 (-1.6 – 0.3)	-1.0 (-2.3 – 0.1)	-12.3 (-18.6 - -6.1)	-12.7 (-20.8 - -4.5)
6 meses	-0.6 (-2.4 – 1.2)	-0.7 (-2.9 – 1.4)	-3.1 (-11.4 – 5.2)	-4.7 (-15.0 – 5.7)
Rankin Favorable		Ref		Ref
Rankin		-2.8		-2.2
Desfavorable		(-7.7 – 2.1)		(-15.2 – 10.7)

Leyenda: Coef: Coeficiente, IC95%: Intervalo de confianza del 95%

*Modelo ajustado por edad, sexo, antecedentes patológicos, IMC, tipo de ACV y Rankin.

Anexo 6. Asociación entre los factores sociodemográficos y clínicos con las dimensiones calidad de vida a los 6 meses del evento cerebrovascular.

	Rol físico		Salud General		Rol Emocional	
	Coef(IC95%) crudo N=152	Coef(IC95%) ajustado* N=127	Coef(IC95%) crudo N=152	Coef(IC95%) ajustado* N=127	Coef(IC95%) crudo N=152	Coef(IC95%) ajustado* N=127
Edad						
< 65 años	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
≥ 65 años	-12.36 (-27.47 – 2.75)	-2.19 (-18.35 – 13.96)	-3.15 (-7.71 – 1.41)	-1.84 (-6.84 – 3.16)	-8.05 (-22.78 – 6.68)	-2.08 (-18.44 – 14.27)
Sexo						
Masculino	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Femenino	1.73 (-13.54 – 16.99)	4.2 (-11.87 – 20.27)	3.69 (-0.87 – 8.25)	2.29 (-2.68 – 7.27)	-15.03 (-29.66 - -0.41)	-16.66 (-32.94 - -0.39)
Antecedentes patológicos						
Sin comorbilidad	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
1 comorbilidad	-0.98 (-22.45 – 20.50)	0.21 (-22.37 – 22.79)	-5.22 (-11.72 – 1.28)	-2.45 (-9.45 – 4.54)	-19.61 (-40.30 – 1.07)	-16.94 (-39.81 – 5.92)
2 o más comorbilidades	-21.66 (-41.44 - -1.90)	-10.92 (-32.21 – 10.37)	-6.23 (-12.22 - -0.25)	-3.23 (-9.82 – 3.37)	-30.00 (-49.04 - -10.96)	-24.92 (-46.47 - -3.36)
IMC						
Normal	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Sobrepeso	12.47 (-10.05 – 34.99)	9.42 (-12.07 – 30.91)	6.17 (-0.53 – 12.88)	5.23 (-1.43 – 11.88)	-3.51 (-25.80 – 18.79)	-4.45 (-26.21 – 17.30)
Obesidad	3.98 (-19.35 – 27.3)	1.52 (-20.64 – 23.69)	5.15 (-1.80 – 12.09)	4.89 (-1.97 – 11.76)	-12.32 (-35.41 – 10.77)	-9.95 (-32.40 – 12.49)
Tipo de ACV						
Isquémico	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Hemorrágico	-9.027 (-43.05 – 24.99)	-7.65 (-40.04 – 24.74)	-6.83 (-17.02 – 3.37)	-6.58 (-16.61 – 3.45)	-15.05 (-48.00 – 17.91)	-8.99 (-41.78 – 23.80)
Rankin						

Favorable	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Desfavorable	-41.59	-36.44	-9.24	-6.02	-17.61	-16.90
	(-56.41 - -26.77)	(-53.25 - -19.63)	(-13.91 - -4.57)	(-11.23 - -0.81)	(-33.15 - -2.08)	(-33.92 - 0.12)

Leyenda: ACV: Accidente Cerebrovascular, Coef: Coeficiente, IC95%: Intervalo de confianza del 95%

*Modelo ajustado por edad, sexo, antecedentes patológicos, IMC, tipo de ACV y Rankin.