

Calidad de vida en los pacientes con demencia vascular post-ictus isquémico (estudio de cohortes)

Ernesto Canciano Chirino¹, Sunaidy Valdés Busquet², Saily Sosa Pérez³, Elio León López⁴

¹Especialista de II grado en Medicina Interna. Diplomado investigación comunitaria en síndromes demenciales. Profesor auxiliar. Investigador Auxiliar. Servicio Medicina Interna. Hospital General Docente Ciro Redondo. Artemisa, Cuba

²Residente 1er año de neurología. Servicio de Neurología. Hospital Militar Carlos J. Finlay. Marianao. La Habana, Cuba

³Especialista de I grado en Medicina Interna. Diplomado investigación comunitaria en Síndromes Demenciales. Profesor Auxiliar. Policlínico Felipe I Rodríguez, San Antonio de los Baños. Artemisa, Cuba

⁴Licenciado en Matemáticas. Profesor Asistente. Departamento Investigaciones Hospital General Docente Iván Portuondo, San Antonio de los Baños. Artemisa, Cuba

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores relacionados con la calidad de vida en la evolución de los pacientes luego de un primer ictus isquémico agudo, con y sin demencia vascular (DV).

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo desde enero 2011–junio 2013 en pacientes con criterios clínicos y por neuroimagen de primer ictus isquémico agudo ingresado en Salas de Medicina Interna de los Hospitales Iván Portuondo y Ciro Redondo García, Provincia Artemisa. Por muestreo por conglomerados usando los criterios diagnósticos de DV se seleccionaron al egreso hospitalario dos grupos de 90 pacientes: Grupo A (con ictus y DV) y Grupo B (con ictus sin DV) los que fueron asistidos en consulta regional de deterioro cognitivo por un tiempo de seguimiento de $18,5 \pm 3,2$ meses (rango: 0,03–24,2). Se estableció calidad de vida como variable dependiente y como variables independientes: la recuperación funcional, el estado de ánimo, la comorbilidad, la edad, el género, el estado civil y la recurrencia del ictus.

Resultados: El 64,4 % de los pacientes del grupo A tuvieron mala calidad de vida, siendo la edad mayor de 75 años ($p=0,016$) y las comorbilidades asociadas las variables de mayor significación estadística. El 75,5 % del total de los estudiados era hipertenso. Un 51,7 % de los pacientes del grupo A con mala calidad de vida fueron hipertensos no controlados (Riesgo relativo 10; IC 7,8 – 14,3). El Índice de Charlson global ($18 \pm 3,4$) fue la variable de mayor significado en el análisis pronóstico (valor exponencial del coeficiente B 70,123; $p=0,011$).

Conclusiones: La coexistencia de DV en los pacientes con un primer ictus isquémico se asocia con mala calidad de vida, muy relacionada con el escaso control de los factores de riesgo vasculares.

Palabras clave. Demencia vascular. Deterioro cognitivo vascular. Ictus. Infarto cerebral. Pronóstico.

INTRODUCCIÓN

La demencia es el mayor contribuyente en las personas de 60 años o más al indicador de años de vida vividos con discapacidad para un 11,2 %. Dicha cifra es superior a la enfermedad cerebrovascular (9,5 %), las enfermedades músculo-esqueléticas (8,9 %) y el cáncer (2,4 %). En el mundo anualmente se reportan 4,6 millones de casos nuevos con demencia (similar a la incidencia anual de ictus no fatal) (1,2).

El término demencia vascular (DV) incluye un grupo poco homogéneo de trastornos en los que el deterioro cognitivo (DC) afecta significativamente

en el funcionamiento social u ocupacional y se asocia o es causado esencialmente por los factores cerebrovasculares. Es la segunda variedad de demencia después de la enfermedad de Alzheimer (EA) y representa hasta el 37,7 % de los casos en algunos estudios. Por otra parte, la DV se considera una forma de demencia potencialmente curable lo cual acrecienta su importancia (3,4).

Se entiende por enfermedad cerebrovascular (ECV) todo trastorno en el cual un área del encéfalo se afecta de forma transitoria o permanente por una isquemia o hemorragia, estando uno o más vasos sanguíneos cerebrales afectados. El National Institute of Neurological and Communicative Disorders (NINCDS) clasifica a la DV dentro de la ECV (5). Sin embargo al analizar las secuelas, el pronóstico y la recuperación funcional del paciente después de un primer ictus muchas veces no se tiene en cuenta la esfera cognitiva. Así, se ha diagnosticado DV en algunos estudios solamente

Correspondencia: Dr. Ernesto Canciano Chirino. Hospital General Docente Ciro Redondo García. Dirección: Calle 78, entre 33 y 37. Artemisa. Cuba. Correo electrónico: ecanciano@infomed.sld.cu

en el 5,1 % de los afectados (n=176) contra un 78,6 % de discapacidad al egreso (6).

La calidad de vida (CV) es un constructo multidimensional que incluye varias áreas: física, psíquica y social las cuales están muy deterioradas luego de una enfermedad cerebrovascular, siendo los factores de riesgo vasculares el nexo común entre ECV y demencia lo cual unido a la elevada comorbilidad augura la mala evolución para estos pacientes (7,8). En la literatura revisada se analiza por separado CV en pacientes con ECV y demencias (9,10) no encontrándose reportes en Cuba donde se relacione DV con calidad de vida en pacientes que han sufrido un primer evento cerebrovascular.

En Cuba las enfermedades cerebrovasculares constituyen tercera causa de muerte y la quinta causa de años de vida perdidos, para una letalidad hospitalaria de alrededor del 20 %, con un elevado costo institucional por pacientes atendidos en salas de ictus que oscila de 1400 a 1700 pesos cubanos (moneda nacional) (7). Artemisa es la tercera provincia más densamente poblada en Cuba con una tasa de mortalidad ajustada por ECV de 38,5 por 100 000 habitantes (11), pero en la actualidad no dispone de unidades de ictus, ni estudios publicados sobre los síndromes demenciales. Todo ello motivó la siguiente pregunta científica: ¿la presencia de DV, asociada a un primer ictus isquémico agudo, marca desfavorablemente la evolución en la calidad de vida del paciente?

El propósito de esta investigación es determinar los factores relacionados con la calidad de vida en la evolución de los pacientes luego de un primer ictus isquémico agudo, con y sin DV.

MÉTODOS

Diseño, participantes y contexto

Se realizó un estudio observacional analítico de cohorte prospectivo desde enero 2011 a junio 2013 en pacientes con criterios clínicos y de neuroimagen de primer ictus isquémico y menos de 8 puntos en la escala de ictus del Instituto Nacional de Salud (NIHSS) (12), hospitalizados en las Salas de Medicina Interna de los Hospitales Regionales Iván Portuondo Municipio San Antonio de los Baños y Ciro Redondo García Municipio Artemisa, ambos de la Provincia Artemisa.

Para la selección de los casos se definieron los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: pacientes hospitalizados con diagnóstico al ingreso de primer ictus isquémico por la clínica y la tomografía axial computarizada (NHSS < 8 puntos) con criterios o no DV y consentimiento positivo a participar.
- Criterios de exclusión: ausencia de cuidador u familiar capaz de aportar datos, pacientes con hemorragia cerebral o subaracnoidea, antecedentes personales

previos reportados de demencia o estados depresivos tratados con fármacos, pacientes con demencia en etapa tardía.

Los casos se incluyeron en el estudio una vez confirmado el diagnóstico de primer ictus isquémico sin importar la variedad clínica, la causa, ni el territorio vascular afectado. Durante la confección de la historia clínica se enfatizó en la ausencia de historia de quejas de memoria comunicada por el paciente o familiar cercano buscando excluir del estudio los pacientes con cualquier variedad de DC previa al ingreso. Se excluyó de la investigación aquellos pacientes con diagnósticos de deterioro cognitivo vascular y DV en etapa tardía, conceptualizada como un trastorno completo de la esfera cognitiva y de los hábitos de higiene personal con apatía o evolución al estado vegetativo persistente (13).

Se realizó un muestreo por conglomerados estableciéndose las unidades de primera etapa según las salas de hospitalización de cada centro. Los pacientes fueron reclutados consecutivamente por muestreo aleatorio simple a través de una lista al azar cuya herramienta de selección fueron los criterios diagnósticos de DV validados por el National Institute of Neurological Disorders and Stroke/Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN). Se aplicó como estudio de neuropsicología el examen minimal del estado mental que hizo énfasis en la presencia de trastornos memorísticos y de 2 o más áreas cognitivas capaces de interferir con las actividades de la vida diaria aparejados al defecto neurológico focal isquémico que motivó el ingreso. Antes de egresar se dividieron en dos grupos de 90: grupo A (pacientes con ictus y DV) y grupo B (con ictus sin DV).

Los pacientes se siguieron a ciegas por los tres investigadores primeros autores de esta obra con una frecuencia quincenal, mensual y trimestral en Consulta Regional de Deterioro Cognitivo en el Policlínico Felipe Rodríguez Ramos del Municipio San Antonio de los Baños. El evento inicial para incluirse en la investigación fue la fecha del ictus (motivo del ingreso hospitalario) y el evento final su recurrencia. Los pacientes con recurrencia se reingresaron y reevaluaron terminando su participación en el estudio y aquellos sin recurrir se siguieron clínicamente hasta junio del 2013. En cada consulta, además de evaluar calidad de vida en ambos grupos, se realizó examen físico general, neurológico y neuropsicológico siendo los trastornos de la memoria y de dos o más áreas cognitivas en presencia de primer ictus isquémico el criterio confirmatorio de DV (13). Se recogió los datos en una planilla creada a los efectos de la investigación.

Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se tuvo en consideración dos de los siguientes parámetros: un valor aproximado del Riesgo Relativo que se desea estimar (RR) establecido en 13,4 por estudios previos (1), la proporción de expuestos al factor de estudio que presentaron el evento de interés (P1), la proporción de no expuestos que presentaron ese mismo evento (P2). El nivel de seguridad o confianza (1-alfa) se estableció con una seguridad del 95 %, lo que significa Z=1,96, más la proporción relativa que se requiere para el estudio (se prefijó de antemano en 68 %).

Con estos datos el cálculo de la muestra se determinó por la siguiente fórmula, estandarizada en bioestadística (13):

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{(1-P_1)/P_1 + (1-P_2)/P_2}{(1n(1-\epsilon))^2}$$

Sustituyendo se obtuvo una $n=180$, divididos en 2 grupos de 90 pacientes.

Variables

Se consideró calidad de vida en ambos grupos aunque en el grupo A solo en pacientes que no tuvieron DV en etapa tardía, clasificándola como variable dependiente nominal dicotómica (buena o mala) y como variables independientes: la recuperación funcional, el estado de ánimo, el estado nutricional, la comorbilidad, la edad (cuantitativa discreta), el género (masculino/femenino), el estado civil (a conveniencia se clasificó en casado/soltero) y la recurrencia del ictus (con recurrencia/sin recurrencia).

Se empleó para definir la variable dependiente calidad de vida en ambos grupos (con DV y sin DV) la escala de Calidad de Vida para el ictus (ECVI-38) que cuenta con 9 aspectos a evaluar con una puntuación de 0-45 puntos, se clasificó como: buena calidad de vida (0-20 puntos) y mala calidad de vida (de 21-45 puntos) (14).

La recuperación funcional se determinó mediante el Índice de Barthel (IB) para las Actividades de la Vida Diaria (ABVD) esta escala se compone de 10 ítems, en total dan una puntuación de 0-100 o 0-90 si usan silla de ruedas (mayor puntuación mayor desempeño en AVDA) se consideró bajo índice ≤ 60 puntos (15). También se aplicó la escala de Lawton útil para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) la puntuación total es de 0-8 (a mayor puntuación mejor desempeño en AIVD) (16).

El estado de ánimo se cuantificó con la escala breve de depresión geriátrica (GDS) su puntuación total va de 0-15 puntos (mayor puntuación, mayor gravedad de la depresión) (17). Para definir el estado nutricional se auxilió del Examen Mínimo del Estado Nutricional (MNA) compuesto por 18 ítems que incluye la medición de variables antropométricas, movilidad, capacidad para alimentarse y forma de alimentación. Esta medida se correlaciona con la funcionalidad física y en particular con la velocidad de la marcha, la fuerza de presión y la masa muscular. La puntuación total oscila de 0-30 (mayor puntuación/mejor estado nutricional) (12).

Para la determinación de comorbilidad se utilizó el Índice de Charlson que incluye 19 enfermedades categorizadas con una puntuación ponderada dependiendo de la gravedad de la afección (puntuación máxima 37 puntos) a menor puntuación se plantea una mayor comorbilidad (18). Se particularizó en:

- Hipertensión arterial (HTA) (cifras de presión arterial sistólicas ≥ 140 mm Hg o diastólicas ≥ 90 mm Hg, o uso de tratamiento hipotensor oral).
- Diabetes mellitus (DM) (glucemia en ayunas $\geq 7,1$ mmol/L o al azar $\geq 11,1$ mmol/L, o bajo tratamiento).
- Hipercolesterolemia (colesterol en ayunas $\geq 5,5$ mmol/L).

Se calificó cada afección crónica como controlados o no controlados según lo señalado en el Programa Nacional de tratamiento y control de la Hipertensión arterial (19).

La recurrencia del ictus quedó definida al aparecer cualquier variedad de ictus, sin importar el territorio vascular afectado, diagnosticado por la clínica y por neuro-imagen luego del

alta hospitalaria y durante el seguimiento en consulta. Se calificó como una variable nominal dicotómica (con recurrencia/sin recurrencia).

Procesamiento estadístico

Se diseñó una base de datos en Excel del sistema operativo Microsoft Office 2007, estos se procesaron empleando el paquete estadístico SPSS versión 17.0. Se empleó como medidas de resumen: media, porciento, desviación estándar.

Se utilizó el test de McNemar en el análisis de variables cualitativas para evaluar asociación entre el factor y la variable dependiente teniendo en cuenta que una misma característica se mide más de una vez en un mismo individuo para comparar luego dichas mediciones en 2 momentos diferentes (al inicio y final de la investigación), aquellas variables con significación estadística se les calculó el RR tabulándose independientemente DM, HTA e hipercolesterolemia.

Para determinar qué variables por sí solas constituían factores pronósticos, se realizó un análisis de regresión logística condicional con el sistema por pasos, se consideró como significativo $p < 0,05$. De esta forma se calcularon los RR y sus IC del 95 %, ajustado para tres modelos de regresión logística múltiple en los que se analizó la asociación de la variable dependiente con las variables independientes en forma separada para cada una. Este análisis permite controlar otros factores que pueden concomitar en la muestra, capaces de actuar como factores pronóstico y de riesgo (factores o variables de confusión).

En aras de mayor consistencia científica se empleó más de un modelo de regresión logística vibrante que incluyó variables significativas, y de interés clínico. Además, se realizó un análisis cuidadoso de colinealidad y valores extremos, incluidos en los modelos sin afectar los resultados. *A posteriori* se hizo validación cruzada obteniendo índices de reducción $< 0,1$.

Aspectos éticos

En todo momento se contó con el consentimiento ético del paciente o por incapacidad de este del consentimiento del familiar acorde las normas establecidas en la declaración de Helsinki.

RESULTADOS

La media del tiempo de participación fue de $18,5 \pm 3,2$ meses (rango: 0,03-30,2) La cantidad de pacientes del grupo A con mala calidad de vida (64,4 %) al final de la evolución en consulta es muy superior a los del grupo B, de igual condición (**Tabla 1**). La edad por encima de los 75 años ($p=0,016$), la sumatoria de comorbilidades y un bajo índice de Barthel (≤ 60 puntos) fueron las variables de mayor significación estadística en los pacientes con DV y mala calidad de vida. Estos resultados son muy parecidos al grupo B con mala calidad de vida donde la recurrencia del ictus fue la segunda característica de mayor importancia, superada por la edad.

Tabla 1. Distribución de frecuencias según calidad de vida en pacientes luego de un primer ictus isquémico con demencia vascular y sin demencia vascular (Enero 2011–Junio 2013)

Variables	Grupo A (ictus y DV n=90)			Grupo B (ictus sin DV n=90)		
	Buena CV(n=32)	Mala CV(n=58)	p	Buena CV(n=60)	Mala CV(n=30)	p
Edad (X ES)	74 ± 5	81 ± 6	0,016	62 ± 4	70±3	0,04
Masculino (%)	20(62,5)	38(65,5)	0,06	36(61,2)	19(64,2)	0,05
Femenino (%)	12(37,5)	20(34,4)	0,07	24(38,7)	11 (35,7)	0,07
Casado (%)	22(68,7)	20(34,4)	0,08	30(50)	14(42,8)	0,08
Soltero (%)	10(31,2)	38(65,5)	0,034	30(50)	16(53,3)	0,047
Con recurrencia	10(31,2)	30(51,7)	0,024	17(28,3)	16(53,3)	0,033
Sin recurrencia	22(68,7)	28(48,2)	0,045	43(71,6)	14(46,6)	0,05
Índice de Barthel (X ±ES)	78 ± 3	55 ± 2	0,020	87±8	75±6	0,043
Índice de Lawton (X±ES)	5,2 ± 0,6	3,1 ± 0,3	0,034	6,1±0,4	5,2 ± 0,1	0,034
Estado de ánimo (X ±ES)	8,3 ± 0,8	6,1± 0,4	0,023	13 ± 0,6	9,1 ± 0,3	0,08
Estado nutricional (X ±ES)	20 ± 2,5	12,2 ± 1,4	0,027	23 ± 2	18,3 ± 0,6	0,036
Índice de Charlson (X ±ES)	30,2 ± 4	18 ± 3,4	0,018	32,1 ± 2,6	28 ± 2,2	0,021

DV: demencia vascular. CV: calidad de vida. p: nivel de significación por la prueba de McNemar.

Tabla 2. Principales comorbilidades según calidad de vida en pacientes con primer evento cerebrovascular, con o sin demencia vascular (Enero 2011–Junio 2013)

Comorbilidades	Grupo A (ictus y DV n=90)						Grupo B (ictus sin DV n=90)					
	DV y buena CV (n=32)			DV y mala CV (n=58)			Buena CV (n=60)			Mala CV (n=30)		
	FA	RR	IC	FA	RR	IC	FA	RR	IC	FA	RR	IC
HTA controlada	12	2,1	2–2,6	17	1	0,8–1,4	37	3,3	2–3,8	3	1	0,7–1,2
HTA no controlada	8	0,6	0,4–1	30	5,3	3,8–6	10	0,7	0,5–1	19	4,5	3,3–4,9
DM controlada	8	2	0,8–2	6	1	0,6–1,3	11	2	2,2–3	7	1	0,6–1,5
DM no controlada	4	0,7	0,3–0,9	18	2,8	2,3–3,9	6	1	0,5–1	11	2,3	2–3,4
Con Hipercolesterolemia	9	0,5	0,4–0,9	37	4,2	2,8–5,3	21	1	0,4–1,6	20	4,2	3,8–5,1
Sin Hipercolesterolemia	23	4,2	3,5–5,6	21	0,8	0,4–0,8	39	4	3–3,5	10	1,2	0,5–1

FA: frecuencia absoluta. RR: Riesgo Relativo. IC: Intervalo de confianza. DV: demencia vascular. CV: calidad de vida.

Tabla 3. Análisis pronóstico de mala calidad de vida en pacientes con primer ictus isquémico y demencia vascular (Enero 2011–Junio 2013)

	Nivel de significación	Exp (B)	IC para Exp (B)
Edad	0,021	65,324	56,789–67,785
Índice de Charlson (4,6 ±3,4)	0,011	70,123	12,456–88,987
Estado de ánimo (6,1 ± 0,4)	0,034	56,098	33,087–61,324
Índice de Barthel (61 ± 7)	0,056	41,386	35,908–49,034

EXP (B) Valor exponencial del coeficiente de la ecuación de regresión logística. IC: Intervalo de Confianza.

Fue importante la cantidad de pacientes hipertensos encontrados en la muestra estudiada (75,5 %). Se obtuvo un RR de 10 (IC 7,8 – 14,3) en los hipertensos no controlados del Grupo A con mala calidad de vida, significando un 44,7 % del total de hipertensos de este grupo (**Tabla 2**).

Se encontró que un índice de Charlson de 4,6 ±3,4 (significativo por p =0,011) multiplica la razón de mala calidad de vida en 70, superior a la edad (**Tabla 3**). En los pacientes que durante un primer evento de ECV coexistía la DV tuvieron mala calidad de vida y esto fue muy dependiente de las comorbilidades globales asociadas.

DISCUSIÓN

La coexistencia de DV no severa durante un primer ictus cerebral isquémico se asocia con mala calidad

de vida, sin ser el tiempo de evolución clínica post-ictus un factor agravante. Sin embargo, las comorbilidades llevan el peso en el análisis pronóstico constituyendo el descontrol de las cifras de tensión arterial el factor de mayor relación con el daño vascular cerebral (RR 10). Este es el único componente vascular susceptible de ser controlado eficazmente en las intervenciones profilácticas y terapéuticas de ambos síndromes (10). Lo novedoso de esta investigación es que identifica a otro factor vascular: la DV; su diagnóstico, a la cabecera del enfermo con primer ictus, ayuda a predecir la calidad de vida en un período de tiempo relativamente corto.

Aproximadamente un 10 % de los pacientes con un primer infarto cerebral tienen deterioro cognitivo (DC) que antecede al ictus. Los infartos cerebrales no solo coexisten con los cambios degenerativos

propios de la edad, sino que determinan la intensidad de los síntomas clínicos de demencia (20). Un estudio que valida la implementación de una escala de calidad de vida reporta a la DV como la variedad de demencia de mayor prevalencia (37,7 %) y el segundo grupo poblacional con peor calidad de vida (Puntuación total en la *Quality of Life in Alzheimer's Disease* (QOL-AD)–Adp= 33,79 ± 6,25) solo superado por las demencias mixtas (4). Aunque establecen la comparación entre los tipos de demencias y no con la ECV, existe similitud entre resultados. Otros autores también coinciden con lo aquí descrito al señalar la franca recuperación con alto grado de independencia (67,8 %) post-ictus en pacientes sin trastornos cognitivos, seguidos durante la rehabilitación motora en atención primaria de salud (21).

En los artículos antes citados (4,21) se utilizan dos escalas de calidad de vida diferentes: la QOL–ADp para pacientes con demencia y la Escala de Discapacidad de Rosetón. Contrario a este artículo que emplea la escala ECVI–38 en aras de estandarizar los resultados para disminuir los errores en las mediciones o la falta de comparabilidad entre dos muestras diferentes, se busca disminuir los sesgos de medición dependiente del instrumento.

Los resultados según edad y comorbilidad para el grupo A son similares a otros reportes (22) que presentan una media de 79,2 ± 7,6 años y un 69,6 % de los estudiados con más de un factor de riesgo cardiovascular (HTA 53,1%, para un IC 95 %=51,5–55,3 %). Ellos emplean una muestra de 2814 pacientes en la que el 60,6 % de los casos presenta demencia leve capaz de aportar mayor cantidad de información lo que permite establecer similitud entre investigaciones atendiendo a la calidad de la muestra seleccionada basándose en la originalidad de los datos recogidos, no en el tamaño.

En cuanto a la pobre evolución de la capacidad funcional para las ABVD, Formiga y colaboradores (23) coinciden al plantear menor grado de independencia con mayor necesidad de polifarmacia e institucionalización, sin ser la gravedad de la DV o el tiempo transcurrido desde su diagnóstico variables de peso en el análisis multivariante. Las limitantes de esta investigación son el no poder determinar con certeza el estado cognitivo previo de los pacientes y el corto período de seguimiento, aunque ello no resta validez en la relación causal. Al comparar con otros estudios que analizan la recuperación funcional, en pacientes con secuelas post ECV, también se obtuvo una franca mejoría del Índice de Barthel (media IB inicial: 31,04 y media final: 57,62) (24) en concordancia con los resultados presentados en los pacientes del grupo B. Ello pudiera explicarse por la

amplia variabilidad de presentación clínica de la ECV dependiendo de la causa, tamaño y topografía del defecto capaz de provocar o no deterioro cognitivo. Además, la recurrencia del ictus es uno de los factores demostrados que aumentan el riesgo de discapacidad, con altas tasas de institucionalización prolongadas de sus sobrevivientes (25).

La presencia de HTA en pacientes con demencia ha sido señalada por autores cubanos (26,27) hasta alcanzar prevalencias de 65,21 %. No se encontró en la literatura nacional revisada estudios prospectivos que analicen la relación causal entre lesión vascular inicial sintomática (primer ictus), presencia de DV, control de las cifras de tensión arterial y su influencia en la calidad de vida. No obstante, Black (28) en un estudio de correlación realizado en 392 individuos de 68–79 años muestra que la presión arterial sistólica elevada en la edad media de la vida es un predictor tanto del desarrollo de lesión de sustancia blanca (LSB) como de deterioro cognitivo de 15–20 años después. Se demuestra en la correlación que la LSB asintomática aumenta el riesgo para el desarrollo posterior de un ictus, por encima de la edad. Así, se expone a dicha entidad como un factor de riesgo causal.

El grado de comorbilidad en pacientes con demencia varía según diversos estudios (29,30) pudiendo estar infradiagnosticada y con tratamiento inadecuado teniendo en cuenta que los pacientes con DC explican menos sus síntomas en comparación con aquellos sin demencia con igual comorbilidad. Un índice de Charlson de 2 ±1,7, no mucho menor al aquí presentado, en pacientes con DV se obtuvo en un estudio en el que el análisis multivariante identifica al género masculino, no recibir tratamiento específico para la demencia y la polifarmacia como las variables de mayor significación (31). En dichos estudios se analiza específicamente la población anciana, se establece la comorbilidad añadida al DC para evaluar similitudes y diferencias entre tipos de demencia (EA y DV) y tiene en cuenta el efecto de la terapéutica con fármacos sobre la evolución del DC. Una limitante es que no identifican las variables de pronóstico, sino que indagan sobre aquellos factores asociados a la comorbilidad capaces de identificar el tipo de demencia. No obstante, existen escasas diferencias entre resultados.

Los resultados de este estudio pueden aplicarse en pacientes que frecuentemente ingresan por ictus isquémico, muchos fuera de salas de ictus, lo que demuestra la posibilidad de extrapolación o validez externa. Una limitante de esta investigación se debe a la aplicación de los criterios NINDS–AIREN cuya sensibilidad diagnóstica es cuestionada, lo

que genera sesgos de selección. Esta herramienta reconoce los casos tardíamente y usa un paradigma diagnóstico para el deterioro cognitivo basado de manera inapropiada en los criterios clásicos para definir la enfermedad de Alzheimer, lo cual no se aplica apropiadamente a los casos con deterioro cognitivo vascular (32).

La búsqueda e identificación temprana de los trastornos cognitivos vasculares, en pacientes con un primer ictus, dota a los profesionales a fin con la entidad (neurólogos, internistas, médicos generales, entre otros) de una herramienta pronostica no desechable. Así se potencia la implementación temprana de las técnicas cognitivas capaces de paliar su recuperación funcional y social.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Young J, Meagher D, Maclullich A. Cognitive assessments of older people. *BMJ*. 2011;343:d504.
- Ismail Z, Rajji TK, Shulman KI. Brief cognitive screening instruments: an update. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(2):11–20.
- Lee Y, Back JH, Kim J. Systematic review of health behavioural risks and cognitive health in older adults. *Int Psychogeriatr*. 2010;22:174–87.
- Carrasco RO, Arreola TL, Silla GG, Castro TS, Robledo GL. Validación de la escala Quality of Live in Alzheimer's Disease (QOL-AD) en pacientes mexicanos con demencia tipo Alzheimer, vascular y mixta. *Rev Neurol*. 2011;51(2):72–80.
- Mc Khann G, Drachman D, Folstein M. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of Department of Health and Human Service Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*. 1984;34(3):24–32.
- Testar de Armas J, Laureiro Lima CI, Guedes Díaz R, Bandera O, Arocha Molina Y. Evaluación clínico-epidemiológica de la morbimortalidad por enfermedad cerebrovascular en el Hospital Militar de Matanzas. *Rev méd electrón [Seriada en línea]* 2009 [citado: 12 septiembre 2013];31(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol6%202009/tema3.htm>
- Turro Fuentes MA, García Fariñas A, Gay Gómez M, Gálvez González AM. Costos y resultados de la implementación de las guías de práctica clínica en la atención del ictus en dos hospitales de la Habana. *Rev Cubana Neurol Neurocir*. [Internet] 2013 [citado: 10 julio 2013]; 3(1):30–7. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu>
- Josep LIE, Josep LIM, Vicente FG, Domingo OB, Anna PT, Jorgina LN. Resultados de prevención cardiovascular primaria y secundaria en pacientes con ictus: riesgo de recurrencia y supervivencia asociada (estudio Ebrictus). *Rev Neurol*. 2012;54(2):81–92.
- López-Liria R, Vega-Ramírez FA, Padilla-Góngora DS. Características clínicas y funcionales de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Neurol*. 2012;54:128.
- Carrasco-Rosas O, Torres-Areola LP, Guerra-Sillas M. Validación de la escala QOL-AD en pacientes mexicanos con demencia tipo Alzheimer, vascular y mixta. *Rev Neurol*. 2010;51(2):72–80.
- Ministerio de Salud Pública Dirección Nacional de Registros Médicos y estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2012. [INTRANED] 2013 [citado: 22 julio 2013]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf
- National Institutes of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). NIH Stroke Scale. 2003. En: www.ninds.nih.gov/doctors/NIH_Stroke_Scale.pdf [01.09.2009].
- Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*. 1993;43(2):250–60.
- Whitney CW, Lind BK, Wahl PW. Quality assurance and quality control in cohorts longitudinal studies. *Epidemiol Rev*. 2010;20(1):71–80.
- Baztan JJ, Perez J, Alarcon T, San Cristobal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993;28:32–40.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: maintained and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179–86.
- Sanchez-Garcia S, Juarez-Cedillo T, Garcia-Gonzalez JJ, Espinel-Bermudez C, Gallo JJ, Wagner FA, et al. Usefulness of two instruments in assessing depression among elderly Mexicans in population studies and for primary care. *Salud Publica Mex*. 2008;50:447–56.
- Charlson M, Pompei P, Ales KL. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis*. 1987;40:373–83.
- Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial del MINSAP, Cuba. Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. La Habana, 2008.
- Romero JR, Beiser A, Seshadri S. Carotid artery atherosclerosis, MRI indices of brain ischemia, aging, and cognitive impairment: the Framingham study. *Stroke*. 2010;40(5):1590–6.
- Perera AE, Perera AE, Costa CJ, Martínez HY. Grado de discapacidad en pacientes hemipléjicos del "Policlínico Docente Universitario del Cerro". *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2012;28(4):682–93.
- Laia CP, Teresa O, Jordi G, Eréldo EH, Marta L, Marta V. Características clínicas y demográficas de los casos diagnosticados en la Región Sanitaria de Girona durante el período 2007–2010: datos del Registro de Demencias de Girona (ReDeGi). *Rev Neurol*. 2012;54(7):399–406.
- Formiga FI, Fort MJ, Robles SR, Rodríguez D, Sabartes OP. Aspectos diferenciales de comorbilidad en pacientes ancianos con demencia tipo Alzheimer o con demencia vascular. *Rev Neurol*. 2009;46(2):72–6.
- Remedios LL, Rocío FS, Clara AL, Rocío GV, Miguel GC, David PG. Rehabilitación domiciliar en la recuperación funcional de los pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Neurol*. 2013;56(12):601–7.
- Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM. Heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;121:e46–e215.
- Cabrera RJ, Casteleiro FE, Arguelles JL, Piña SJ, Jiménez CR. Actualización en diagnóstico y manejo de las demencias. Aportes prácticos en nuestro contexto. *Rev Finlay*. 2012;2(1):54–63.
- Llibre Guerra JC, Hernández GM, Miniet PE. Comportamiento del Síndrome demencial y la Enfermedad de Alzheimer. *Rev haban cienc méd La Habana*. 2008;7(1):1–13.
- Black S, Gao F, Bilbao J. Understanding white matter disease: imaging-pathological correlations in vascular cognitive impairment. *Stroke*. 2009;40 (Suppl 3):S48–52.
- Benito-León J, Louis ED, Rivera-Navarro J, Medrano MJ, Vega S, Bermejo-Pareja F. Low morale is associated with

- increased risk of mortality in the elderly: a population-based prospective study (NEDICES). *Age Ageing*. 2010;39:366–73.
30. Baquero M, Peset V, Burguera JA, Salazar-Cifre A. Calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*. 2009;49:337–42.
31. Garre-Olmo J, Genís-Batlle D, Fernández MM, Márquez-Daniel F, De Eugenio-Huélamo R, Casadevall T, et al. Incidence and subtypes of early-onset dementia in a geographically defined older population. *Neurology*. 2010;75:1249–55.
32. Rodríguez García PL, Rodríguez García D. Diagnóstico del deterioro cognitivo vascular y sus principales categorías. *Neurología* 2012. doi:10.1016/j.nrl.2011.12.014

Quality of life in patients with vascular dementia post-ischemic stroke (cohort study)

ABSTRACT

Objective: To establish factors related with quality of life in patients after a first acute ischemic stroke, with or without vascular dementia (VD).

Methods: We performed a cohort prospective study from January 2011 to June 2013 in patients with clinical and tomography criteria's of first ischemic stroke admitted in rooms of Internal Medicine Service of the "Iván Portuondo" and "Ciro García" Hospitals (Artemisa Province, Cuba). For sampling of conglomerates, using the criteria's diagnostic of DV, they were selected at the expenditure hospital for 2 groups of 90 patients: Group A (Stroke and VD) and Group B (Stroke without VD). This sample was followed in regional consultation of cognitive impairment by control period of 18.5 ± 3.2 months (range: 0.03–24.2). Quality of life like was selected as dependent variable and as independent variables: functional recovery, state of spirit, comorbidity, age, gender, civil state and recurrence of stroke.

Results: 64.4 % of patient of the group A had bad quality of life being the age bigger than 75 years ($p=0.016$) and the associated comorbidity the variables of more significance statistical. Hypertension was detected in 75.5% of the total patient studied. Group A included 51.7 % of patients with bad quality of life and uncontrolled hypertension (Relative risk 10; IC 7.8–14.3). The Index of global Charlson (18 ± 3.4) was the variable more valuable in prognostic analysis (Exponential value of B coefficient 70.123, $p=0.011$).

Conclusions: The coexistence of VD in the patients with a first stroke associates with bad quality of life in relatively short time period very related with the poor control of the risk vascular factors.

Key words. Cerebral infarction. Prognosis. Stroke. Vascular cognitive impairment. Vascular dementia.

Recibido: 15.11.2013. **Aceptado:** 21.12.2013.

Cómo citar este artículo (Estilo NLM): Canciano Chirino E, Valdés Busquet S, Sosa Pérez S, León López E. Calidad de vida en los pacientes con demencia vascular post-ictus isquémico (estudio de cohortes). *Rev Cubana Neurol Neurocir*. [Internet] 2014 [citado día, mes y año];4(1):7–13. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/219>

© 2014 Sociedad Cubana de Neurología y Neurocirugía – Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía

www.sld.cu/sitios/neurocuba – www.revneuro.sld.cu

ISSN 2225–4676

Editores: Dr. P. L. Rodríguez García y Dr.C. R. J. García García