

ORIGINAL

Calidad de vida y salud mental en el ictus juvenil



D. Alonso Modino^{a,b,*}, L. Perestelo Pérez^c, F.M. Rosa González^b, A. Toledo Chavarri^c,
C. Valcarcel Nazco^c y F.I. Montón Álvarez^{a,b}

^a Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

^b Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^c Servicio de evaluación del Servicio Canario de la salud, El Chorrillo, El Rosario, Tenerife, España

Recibido el 14 de mayo de 2022; aceptado el 1 de noviembre de 2022

Accesible en línea el 7 de agosto de 2023

PALABRAS CLAVE

Ictus juvenil;
Calidad de vida;
Salud mental;
EuroQol;
SF-36;
GHQ12;
Hamilton Ansiedad;
Hamilton Depresión;
BURQOL-meter

Resumen

Introducción: El ictus provoca un importante impacto sobre la salud mental y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), aspectos no suficientemente estudiados para el ictus juvenil (IJ).

Objetivos: Evaluar la CVRS, la salud mental y la relación entre estas, y la incorporación a la actividad laboral tras un IJ.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes con IJ entre 2016-2017. Se emplearon los cuestionarios y escalas EuroQol-5D, SF-36, NIHSS, Rankin-m, GHQ12, Hamilton Ansiedad, Hamilton Depresión y BURQOL-meter, realizados en 2 entrevistas, a los 6 y 12 meses tras el IJ.

Resultados: Fueron analizados 41 pacientes, con 41,8 años de media. Tras un año, la media de NIHSS fue 0,54 y el Rankin 0-2 fue 95,1%. No hubo diferencias en las escalas de calidad de vida y salud mental en el tiempo. La tasa de depresión y ansiedad al año fue de 46,3% y de 41,5% respectivamente. Los hombres y trabajadores tienen mejor CVRS. El 41,5% de los pacientes trabajaban tras un año del IJ. La calidad de vida, la salud mental y la incorporación a la vida laboral tienen relación estadísticamente significativa entre sí.

Conclusiones: El IJ altera la CVRS y los pacientes tienen alto riesgo de sufrir ansiedad y depresión, patologías infradiagnosticadas e infratratadas, las cuales condicionan la calidad de vida, así como la incorporación a la vida laboral, que se ve mermada tras el IJ.

© 2023 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: deborah@alonsomodino.com (D. Alonso Modino).

KEYWORDS

Young stroke;
Quality of life;
Mental health;
EuroQol;
SF-36;
GHQ12;
Hamilton Anxiety;
Hamilton Depression;
BURQOL-meter

Quality of life and mental health in young strokes**Abstract**

Introduction: Stroke has a significant impact on mental health and health-related quality of life (HRQoL); these aspects have not been sufficiently studied in young stroke.

Objectives: To evaluate HRQoL, mental health, and the relationship between these variables and the incorporation of young adults into working life after stroke.

Material and methods: We conducted a prospective descriptive study of patients with JS between 2016 and 2017, using such questionnaires and scales as EuroQol-5D, the 36-item Short Form Health Survey, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), modified Rankin Scale (mRS), 12-item General Health Questionnaire, Hamilton Anxiety and Depression Rating Scales, and BURQOL-meter; tests were administered at 2 interviews, held 6 and 12 months after stroke.

Results: We analysed 41 patients, with a mean age of 41.8 years. At one year, the mean NIHSS score was 0.54 and mRS score was 0-2 in 95.1%. No differences were observed over time in quality of life or mental health scales. Prevalence rates for depression and anxiety at one year were 46.3% and 41.5%, respectively. Male sex and active employment were associated with better HRQoL. A total of 41.5% of patients were in work at one year after the stroke. Statistically significant associations were observed between quality of life, mental health, and incorporation into working life.

Conclusions: Young stroke affects HRQoL, and patients are at high risk of anxiety and depression, underdiagnosed and undertreated disorders that affect quality of life and the return to work, which decreases after stroke in young adults.

© 2023 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El ictus juvenil (IJ) es una enfermedad cerebrovascular de pacientes menores de 55 años^{1,2}.

La incidencia del IJ ha aumentado en los últimos años, probablemente relacionado con el incremento de consumo de tóxicos, la prevalencia de los factores de riesgo vascular, así como la polución ambiental y las modificaciones de los hábitos de vida^{3,4}. Dicha incidencia es de aproximadamente 8 casos/100.000 habitantes en Europa, siendo ligeramente inferior en mujeres⁵.

El ictus es una causa importante de discapacidad, y en el caso concreto del IJ, el aumento en la supervivencia incrementa el riesgo de trastornos neuropsiquiátricos asociados. El objetivo de este estudio es conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes que sufren un IJ, así como conocer la incidencia de ansiedad y depresión y valorar la relación de estas con la situación laboral.

Material y métodos

Estudio descriptivo prospectivo en pacientes entre 18-50 años con ictus agudo, ingresados en un hospital de tercer nivel entre 2016-2017. Se excluyeron pacientes que: 1. sufrieran un trastorno del lenguaje que no les permitiera participar en ninguna de las etapas del estudio y no contaran con un «proxy» (*persona cercana al paciente capaz de contestar como si de las respuestas del paciente se trataran*); 2. residentes en el extranjero; 3. ilocalizables; 4. rechazo de participación. Los pacientes con trastorno del

lenguaje con mejora del mismo en las encuestas del año sí participaron.

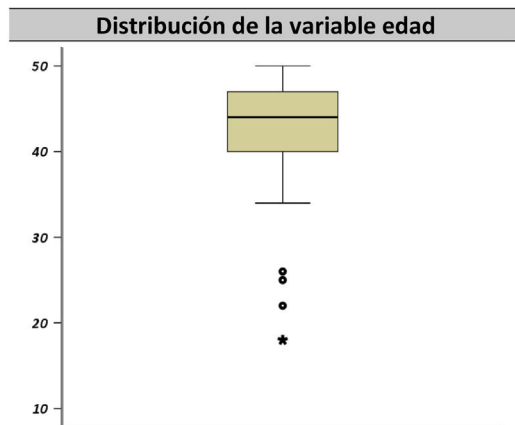
El estudio se realizó en 3 etapas: recogida de datos relevantes relacionados con el proceso asistencial del IJ; y 2 entrevistas, presenciales o telefónicas, a los 6 y 12 meses tras el IJ.

En las entrevistas a los 6 y 12 meses tras el IJ se llevaron a cabo distintos cuestionarios de CVRS (EuroQol-5D y SF-36), salud mental (Hamilton Depresión, Hamilton Ansiedad y GHQ12) y una adaptación del BURQOL-meter de donde se obtuvo la información referente a la situación laboral del paciente. Además, se tomaron datos de las escalas NIHSS y Rankin modificada (Rankin-m)⁶. En los casos necesarios, se recodificaron las puntuaciones atendiendo al manual de usuarios de cada cuestionario⁶⁻¹¹. En ambas escalas Hamilton, tanto Ansiedad como Depresión, se emplearon puntos de corte para diferenciar entre pacientes con y sin patología y los grados de la misma^{6,8,12,13}: *Hamilton Ansiedad*: 0-7 puntos: *No o mínima ansiedad*; 8-14: *ansiedad leve*; 15-23: *ansiedad moderada*; 24 o más: *ansiedad severa*¹⁴. *Hamilton Depresión*: 0-6 puntos: *sin depresión*; 7-17: *depresión ligera*; 18-24: *depresión moderada*; 25-52: *depresión grave*^{6,8,13}.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS®. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de frecuencias, análisis de dependencias mediante la Chi², de comparaciones entre escalas empleando la prueba de rangos de Wilcoxon y test de medias, un estudio de correlaciones entre las escalas mediante la Rho de Spearman y un estudio de comparación entre factores mediante las fórmulas de U Mann de Whitney y Kruskal Wallis. Para el análisis de fiabilidad de las escalas se empleó el alfa de Cronbach con un valor de límite inferior del 70%. Para considerar

Tabla 1 Características sociodemográficas

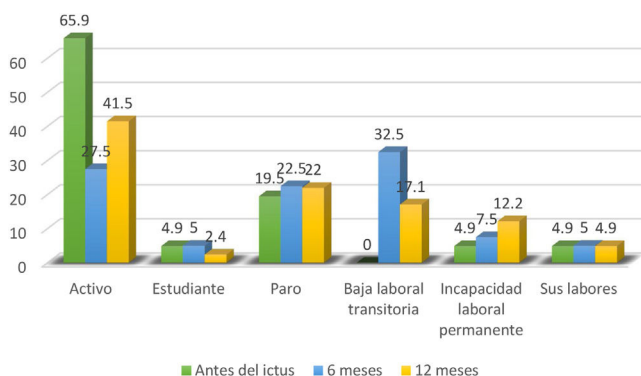
Características sociodemográficas	Valor
Edad	41,8 años
Hombre	58,5%
Estado civil casado	39%
Estudios secundarios	43,9%
Trabajador sector terciario	63,5%
Situación laboral preictus activo	65,9%
Residente en municipio de más 100.001 hab.	41,5%

**Figura 1** Distribución de la variable edad. Distribución de los pacientes según la edad de presentación el ictus.

diferencias estadísticamente significativas se estableció un intervalo de confianza del 95% con un valor p de 0,05.

Resultados

En el hospital ingresaron 107 pacientes con IJ, 11,7% del total de ictus (894). El 26% fueron excluidos y rechazaron participar el 34,4%, con el aumento de las entrevistas telefónicas mejoró la participación, pero finalmente el porcentaje de rechazo total fue del 34,4%. Se entrevistaron 41 pacientes, 40 a los 6 meses y 41 a los 12 meses, debido a un trastorno del lenguaje. El 97,5% de los pacientes contestaron sus encuestas, únicamente un paciente contó con un «proxy» debido a una afasia severa.

**Figura 2** Situación laboral. Porcentaje de pacientes en cada situación laboral antes, a los 6 y 12 meses tras el ictus juvenil.**Tabla 2** Antecedentes personales

Antecedentes personales	Casos (%) Sí
<i>Tabaquismo</i>	16 (39%)
<i>Consumo de</i>	
Alcohol	3 (7,3%)
Drogas	8 (19,5%)
Cocaína	2 (4,9%)
Cannabis	6 (14,6%)
Cardiopatía	9 (22%)
Fibrilación auricular	3 (7,3%)
Hipertensión arterial	11 (26,8%)
Diabetes mellitus	3 (7,3%)
Dislipidemia	12 (29,3%)
Migraña	11 (26,8%)
Ansiedad o depresión	7 (17,1%)
Ictus previo	3 (7,3%)
Tratamientos previos	
Antiagregantes	7 (17,1%)
Anticoagulantes	2 (4,9%)
Antidepresivos	4 (9,8%)
Anticonceptivos orales ^a	5 (26,3%)

^a Respecto al tratamiento previo con anticonceptivos orales solo se han tenido en cuenta los 19 casos correspondientes a las pacientes mujeres estudiadas.

La edad media fue de 41,8 años (dt: 7,41), con predominio de varones frente a mujeres (58,5 y 41,5% respectivamente). Las principales características sociodemográficas se muestran en la [tabla 1](#) y la distribución por edad en la [figura 1](#).

Respecto a los antecedentes personales ([tabla 2](#)), los factores de riesgo vascular más frecuentes fueron el tabaquismo (39%), dislipidemia (29,3%) e hipertensión arterial (26,8%). El 19,5% reconoció ser consumidor de alguna droga ilegal.

El 82% fueron ictus isquémicos, el 9,7% transitorios, el tipo de ictus más frecuente fue el ictus parcial de circulación anterior (36,7%), y la etiología más frecuente fue la indeterminada (47%). En cuanto a los ictus hemorrágicos, la hemorragia subaracnoidea y la intraparenquimatosa lobular fueron las más frecuentes (42,8%) ([tabla 3](#)).

Actividad laboral

Con relación a la actividad laboral ([fig. 2](#)), antes del ictus, el 65,9% se encontraba activo laboralmente, sin embargo, este porcentaje disminuye tras el IJ al 27,5% y al 41,5% tras 6 y 12 meses. La situación laboral que aumenta en estos pacientes es la baja laboral, transitoria y permanente, siendo esta del 17,1% y del 12,2% respectivamente tras un año del IJ.

El tiempo medio de baja laboral al año de los pacientes que se encontraban trabajando antes del IJ fue de 191,85 días (dt: 143,608).

Escalas de discapacidad y funcionalidad

NIHSS

La media de puntuación de la escala NIHSS disminuye con el paso del tiempo, desde 4,2 al ingreso hasta 0,54 al año ([fig. 3](#)) ($p < 0,001$).

Tabla 3 Resumen de las características de los ictus

	Categoría	Casos (%)
Tipo de ictus	Isquémico	34 (82.9%)
	Hemorrágico	7 (17.1%)
	Total	41 (100%)
Clasificación Oxfordshire Community Stroke (OCS)	TACI	5 (16.7%)
	PACI	11 (36.7%)
	LACI	4 (13.3%)
	POCI	10 (33.3%)
	Total	30 (100%)
Lateralidad	Izquierda	15 (36.6%)
	Derecha	15 (36.6%)
	Posterior	11 (26.8%)
	Total	41 (100%)
Clasificación de Laussage	Aterotrombótico con estenosis	1 (3%)
	Aterotrombótico sin estenosis	6 (17.6%)
	Causa Rara	7 (20.6%)
	Indeterminado	16 (47%)
	Cardioembólico	4 (11.8%)
Enfermedad relacionada	Cardiaca (FOP, endocarditis, fibroelastoma)	14 (34.1%)
	Disección	3 (7.3%)
	Otros (Vasculitis por Meningoencefalitis, tóxicos, infarto venoso, carotid web)	4 (9.7%)
	Total	21 (51.1%)
Tipo de ictus hemorrágicos	HSA	3 (42.8%)
	Intraparenquimatosa Lobular	3 (42.8%)
	Intraparenquimatosa profunda	1 (14.3%)
	Total	7 (100%)
Etiología de ictus hemorrágicos	Aneurisma	2 (28.6%)
	MAV	2 (28.6%)
	Hipertensión arterial	3 (42.8%)
	Total	7 (100%)
Días de estancia	< 15 días	27 (65.9%)
	15-30 días	10 (24.4%)
	>30 días	4 (9.8%)
	Total	41 (100%)

FOP: foramen oval permeable; HSA: hemorragia subaracnoidea; LACI: ictus lacunar; MAV: malformación arteriovenosa PACI: ictus parcial de circulación anterior; POCI: ictus de circulación posterior; TACI: ictus total de circulación anterior.

Rankin-m

Tras el IJ, el 50 y 51,2% de los pacientes a los 6 meses y al año tienen una escala Rankin-m de 0. El rango de pacientes independientes, Rankin-m 0-2 es elevado en este periodo de tiempo siendo el 95% y el 95,1% (fig. 4).

Escalas de calidad de vida

En estas escalas, cuanto mayor es la puntuación, mejor es el estado de salud.

EuroQol-5D

La media de EuroQol-5D a los 6 y 12 meses fue de 0,67 (dt: 0,231) y de 0,666 (dt: 0,237) respectivamente, no existiendo diferencias entre ambas (p: 0,872). La escala visual analógica tiene una media, tanto a los 6 meses como al año

de haber sufrido un IJ, de 62,48 (dt: 23,108) y 62,39 (dt: 26,561).

Las dimensiones peor valoradas son las de dolor/malestar y la de ansiedad/depresión. Con el paso del tiempo, no existe diferencia en la puntuación de esta escala. La percepción del estado de salud comparado con los últimos 12 meses en el momento de las entrevistas no varía con el tiempo de forma estadísticamente significativa. Como muestra la figura 5, a los 6 meses el 50% refieren tener peor estado de salud, frente al 24,4% de los pacientes tras un año (p: 0,073).

El alfa de Cronbach para EuroQol-5D es de 0,743.

Escala SF-36

La media de la puntuación total a los 6 y 12 meses fue 104,22 (dt: 22,72) y 104,98 (dt: 21,91), por lo que la calidad de vida en estos pacientes no se ve modificada con el tiempo.

La dimensión peor puntuada es la del rol físico (fig. 6), seguida de la de salud general y la de vitalidad. Hay dimen-

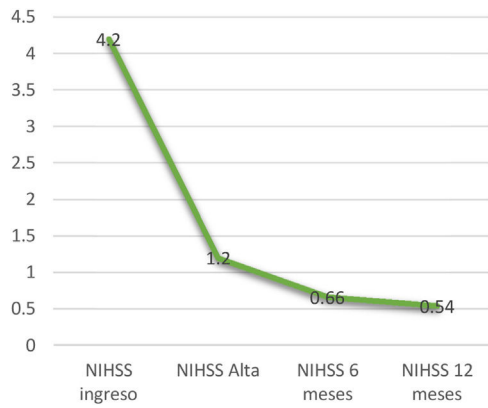


Figura 3 Evolución media de la NIHSS. Media de los valores de la NIHSS en el momento del ingreso, el alta y a los 6 y 12 meses tras el ictus juvenil. NIHSS ingreso dt: 5,68//Alta dt: 1,99//6 meses dt: 1,527//12 meses dt: 1,343.

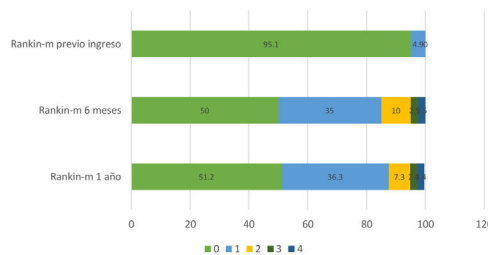


Figura 4 Escala Rankin-m. Porcentaje de pacientes en cada valor de la escala Rankin-m en el momento del alta, a los 6 y 12 meses tras el ictus juvenil.

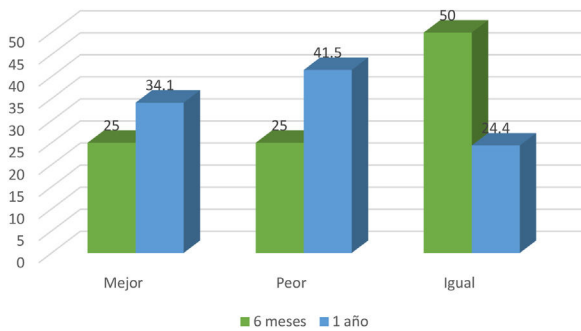


Figura 5 Estado general de salud EuroQol-5D. Porcentaje de cada respuesta de la pregunta «Estado general de salud» de la escala EuroQol-5D a los 6 y 12 meses tras el ictus juvenil.

siones que empeoran su puntuación tras un año, como son la salud general, dolor corporal y función física, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.

La dimensión que más mejora tras un año del IJ es la del rol emocional, observándose diferencias entre los valores de este y el de la salud mental a los 6 y 12 meses (p : 0,009 y 0,004 respectivamente).

La media de puntuación del componente físico a los 6 y 12 meses es de 43,51 (dt: 9,909) y 41,08 (dt: 11,9), no existiendo diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, en el componente mental se evidencia una mejoría de la puntuación (40,32 [dt: 12,092] y 45,87 [dt: 12,44]) a los 6 y 12 meses (p : 0,002).

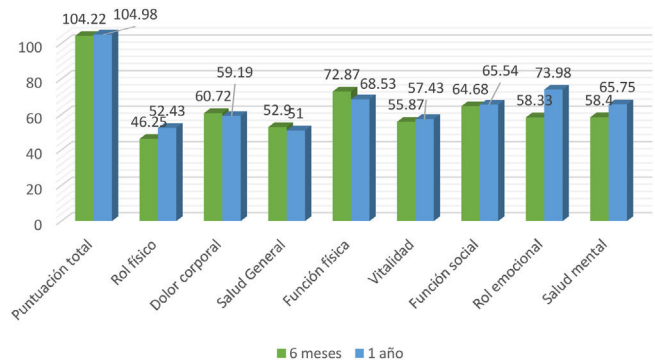


Figura 6 Media de los roles de la SF-36. Media de las puntuaciones de los diferentes roles de la escala SF-36 a los 6 y 12 meses tras el ictus juvenil.

La mayoría de los pacientes, a los 6 meses del IJ tienen la sensación de que su salud es algo peor que hace un año (32,5%), sin embargo, tras pasar 12 meses, el 29,3% creen que es algo mejor en ese momento en comparación con el año previo, existiendo una mejoría en esta percepción (p : 0,004).

La puntuación media en cada uno de los roles está por debajo de la media de su población de referencia¹². Solo hay 2 roles en los que la calidad de vida en algunos grupos de edad es mejor que en su franja de referencia: *Rol de salud mental* y *Rol de función social*.

El alfa de Cronbach de SF-36 es de 0,550. Aunque los resultados se encuentran en consonancia con las otras escalas analizadas.

Escalas de salud mental

Las 3 escalas de salud mental muestran valores más altos cuanto peor es su salud mental.

Hamilton Depresión

La media de la puntuación global de esta escala a los 6 meses fue de 9,3 (dt: 9,016) y de 8,71 (dt: 7,16) al año, no existiendo diferencias (p : 0,599).

Según los resultados de esta escala, el 50% a los 6 meses y el 53,7% al año no padecen depresión. Sin embargo, el porcentaje de depresión ligera se encuentra en un 35% y un 34,1% respectivamente. Los pacientes con depresión grave disminuyen con el tiempo, pasando de ser el 13% a los 6 meses al 7% al año del IJ.

La escala de Hamilton Depresión tiene un alfa de Cronbach de 0,844.

Hamilton Ansiedad

La media de puntuación de la escala total es de 11 puntos (dt: 12,064) a los 6 meses y 9,61 (dt: 9,932) al año; en el caso de la ansiedad somática es de 6,23 (dt: 6,1) y 5,8 (dt: 4,981) y de ansiedad psíquica de 4,78 (dt: 6,31) y 3,8 (dt: 5,492) a los 6 y 12 meses. No existen diferencias tanto en la escala global (p : 0,369), como en las 2 subescalas (p : 0,774 y p : 0,108) con el tiempo.

Los pacientes que no presentan ansiedad son alrededor del 50-60% (tabla 4). El 19,5% de los pacientes tienen ansiedad severa en los 6 primeros meses tras un IJ.

Tabla 4 Escala Hamilton Ansiedad

Hamilton Ansiedad	6 meses Casos (%)	12 meses Casos (%)
No ansiedad o mínima	22 (55%)	24 (58,5%)
Ansiedad leve	5 (12,5%)	7 (17,1%)
Ansiedad moderada	5 (12,5%)	6 (14,6%)
Ansiedad severa	9 (19,5%)	4 (9,8%)
Total	40 (100%)	41 (100%)

El síntoma ansioso que más experimentan los pacientes es el cognitivo, estando presente en el 62,5% y en el 75,6% tras 6 y 12 meses. Los síntomas que peor puntuación reciben («muy grave») son el cognitivo y el estado de ánimo deprimido.

La escala Hamilton Ansiedad tiene un alfa de Cronbach de 0,923.

Cuestionario General de Salud GHQ12

La media de GHQ12 a los 6 meses tras un IJ es de 4,53 (dt: 4,309) y de 3,29 (dt: 3,823) al año, sin diferencias con el paso del tiempo (p: 0,058).

Según el GHQ12 el 50% y 46,3% a los 6 y 12 meses, tendrían puntuación para padecer algún trastorno psiquiátrico del espectro de la ansiedad o depresión. La pregunta que peor puntuación recibe es aquella en la que se cuestiona si ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades, contestando el 34,1% de los pacientes «algo más que lo habitual».

Esta escala se encuentra en sintonía con las de Hamilton Ansiedad y Depresión, donde se evidencia que casi la mitad de la muestra padece ansiedad o depresión.

La escala GHQ12 tiene un alfa de Cronbach de 0,922.

Comparación entre las escalas

El estudio de correlación entre las escalas de calidad de vida y de salud mental demostró relación estadísticamente significativa en todas ellas. Las escalas de calidad de vida entre sí, EuroQol-5D y SF-36 tienen una relación positiva, por lo que en ambos casos la calidad de vida medida por

ellas aumenta cuando se incrementa el valor de cada una. Lo mismo sucede con las escalas de salud mental entre sí.

La relación de las escalas de calidad de vida con las de salud mental es inversa, por lo que cuanto mejor es la calidad de vida, mejor es la salud mental de los pacientes.

En cuanto a la relación con las escalas de funcionalidad neurológica y discapacidad (tabla 5), se evidencia que existe una relación inversa entre las escalas EuroQol-5D y SF-36 con la NIHSS y el Rankin-m, lo cual indica que cuanto peor están físicamente los pacientes peor es su calidad de vida. El Rankin-m previo de estos pacientes no influye en la calidad de vida tras un IJ.

La escala Hamilton Depresión no tiene relación con las escalas NIHSS y Rankin-m (p: 0,055). Sin embargo, al igual que sucede con el cuestionario GHQ12, sí se evidencia relación positiva entre la escala Hamilton Ansiedad y el Rankin-m al año, mostrando que la salud mental de estos pacientes es peor cuanto peor es su discapacidad.

La escala EuroQol-5D tiene relación estadísticamente significativa con la edad del paciente, lo que indica que la calidad de vida es mejor en pacientes más jóvenes.

Comparación entre factores

El estudio de comparación entre factores incluidos con las escalas que presentaron relación estadísticamente significativa se muestra en la tabla 6.

Los varones presentan mejor calidad de vida en cuanto al rol de función física. Aquellos pacientes a los que se realizó tratamiento con fibrinólisis y/o trombectomía tienen peor calidad de vida. Del mismo modo, los pacientes con craniectomía tienen puntuaciones inferiores en el EuroQol-5D y en la escala visual analógica. Paradójicamente, los pacientes que antes del IJ tenían una cardiopatía tienen más vitalidad (SF-36). La ausencia de dislipidemia incrementa los valores de calidad de vida, con mejores resultados en la SF-36.

Los pacientes que toman anticoagulantes orales tienen peor función física (SF-36). Aquellas pacientes en tratamiento con anticonceptivos orales presentan valores más altos de la percepción de su salud (escala visual analógica) y menor puntuación en GHQ12, por lo que también su salud mental es mejor.

Tabla 5 Correlación entre las escalas de calidad de vida, salud mental, funcionalidad y discapacidad

		NIHSS ingreso	NIHSS alta hosp	NIHSS 6 meses	NIHSS 1 año	Rankin previo	Rankin 6 meses	Rankin 1 año
EuroQol	C. cor	-0,344	-0,304	-0,308	-0,305	-0,226	-0,556	-0,537
	p	0,028	0,053	0,050	0,052	0,156	< 0,001	< 0,001
SF-36	C. cor	-0,325	-0,362	-0,366	-0,373	0,029	-0,444	-0,502
	p	0,028	0,020	0,019	0,016	0,859	0,004	0,001
Hamilton Depresión	C. cor	0,177	0,056	0,80	0,095	0,096	0,199	0,303
	p	0,269	0,730	0,617	0,555	0,550	0,218	0,055
Hamilton Ansiedad	C. cor	0,099	0,025	0,121	0,140	0,053	0,225	0,308
	p	0,539	0,876	0,453	0,383	0,743	0,160	0,050
GHQ12	C. cor	0,103	0,001	0,064	0,077	-0,049	0,196	0,341
	p	0,522	0,994	0,689	0,634	0,760	0,225	0,029

C. cor: coeficiente de correlación.

En cursiva, valores con significación estadística (p < 0,05).

Tabla 6 Comparación entre factores

Factor	Escala	Valor p
Sexo*	Función física SF-36	0,048
Tiempo de baja	EuroQol	0,030
	SF-36	0,003
	Función física SF-36	0,003
	Rol físico SF-36	0,041
	Vitalidad SF-36	0,029
	Función social SF-36	0,010
Certificado de discapacidad	Componente físico SF-36	0,027
	EuroQol	0,019
	SF-36	0,003
	Función física SF-36	0,031
	Rol físico SF-36	< 0,001
	Salud general SF-36	0,024
	Función social SF-36	0,002
	Salud mental SF-36	0,034
	H. Ansiedad psíquica	0,036
	Componente físico SF-36	0,012
	EuroQol	0,026
	EVA	0,006
Clasificación de Laussage	SF-36	0,025
Neurosonología (eco TSA y TC)	EuroQol	0,050
	H. Ansiedad somática	0,045
Fibrinólisis*	Componente mental SF-36	0,019
Trombectomía*	Función social SF-36	0,025
	Rol emocional SF-36	0,001
	Componente físico SF-36	0,039
Craniectomía*	EuroQol	0,045
	EVA	0,041
	Componente físico SF-36	0,039
Estado civil	EuroQol	0,027
Situación laboral 6 meses	EuroQol	0,034
	SF-36	0,003
	H. Depresión	0,028
	H. Ansiedad	0,013
	Rol físico SF-36	0,024
	Dolor corporal SF-36	0,011
	Salud general SF-36	0,008
	Vitalidad SF-36	0,020
	Función social SF-36	0,020
	Salud mental SF-36	0,046
	H. Ansiedad somática	0,018
	H. Ansiedad psíquica	0,048
	Componente físico SF-36	0,003
	SF-36	0,009
	H. Depresión	0,028
	H. Ansiedad	0,023
	Rol físico SF-36	0,005
	Salud general SF-36	0,009
	Función social SF-36	0,003
Situación laboral un año	H. Ansiedad somática	0,027
	Componente físico SF-36	0,022
	H. Ansiedad	0,041
	Salud general SF-36	0,044
	Componente físico SF-36	0,025
	Dolor corporal SF-36	0,038
	Vitalidad SF-36	0,030
Cocaína		
Cardiopatía*		

Tabla 6 (continuación)

Factor	Escala	Valor p
Dislipidemia*	EuroQol	0,016
	EVA	0,005
	SF-36	0,025
	Función física SF-36	0,021
	Rol físico SF-36	0,047
	Dolor corporal SF-36	0,005
	Componente físico SF-36	0,001
Tratamiento previo con anticoagulantes*	Función física SF-36	0,033
	Componente físico SF-36	0,029
Tratamiento previo con anticonceptivos*	EVA	0,016
	GHQ12	0,030
¿El hecho de haber sufrido un ictus le ha supuesto algún problema laboral? 6 meses*	EVA	0,048
¿El hecho de haber sufrido un ictus le ha supuesto algún problema laboral? 12 meses*	EVA	0,022
	SF-36	0,017
	H. Ansiedad	0,041
	Función social SF-36	0,041
	Rol emocional	0,046
	H. Ansiedad psíquica	0,034
No trabajo menos horas, pero tengo problemas para rendir 6 meses*	Función física	0,029
	Componente físico SF-36	0,047
No trabajo menos horas, pero tengo problemas para rendir 12 meses*	EuroQol	0,028
	Dolor corporal SF-36	0,011

* U de Mann-Whitney.

La situación laboral de los pacientes altera su calidad de vida y su salud mental; aquellos que no han sufrido ningún problema laboral a los 6 meses, los que están trabajando y estudiando frente a los que tienen una incapacidad laboral permanente y los que no han estado de baja laboral, tienen mejores datos en las escalas de calidad de vida. Paradójicamente, se observa que aquellos que tienen problemas para rendir en el trabajo tienen mejores datos en sus puntuaciones de la función física (SF-36) a los 6 meses y del EuroQol-5D a los 12 meses tras el IJ, indicando probablemente que el problema de rendimiento no es físico. Derivado de esta situación laboral también se evidencian datos de mejora en la calidad de vida de aquellos que no tienen ni han solicitado su certificado de discapacidad, frente a aquellos que sí lo poseen, con mejora en todas las escalas.

Como cabría esperar, no solo la calidad de vida se ve afectada en aquellos pacientes inactivos laboralmente, también la salud mental se resiente, evidenciándose peores datos de salud mental en pacientes que se encuentran bajo una incapacidad laboral permanente que aquellos estudiantes y pacientes en activo. La ansiedad psíquica es superior en los que tienen un certificado de discapacidad frente a los que no lo tienen ni lo han solicitado y los pacientes que presentan problemas laborales tras un año del IJ tienen más ansiedad (Hamilton Ansiedad), especialmente ansiedad psíquica.

La clasificación etiológica del ictus demuestra que pacientes con un ictus de origen indeterminado frente a los cardioembólicos y aterotrombóticos sin estenosis tienen mejor calidad de vida.

Discusión

El IJ es un problema de salud importante, y la calidad de vida y la salud mental de estos pacientes se ve alterada. Analizando las escalas con el paso de un año, no existe variación en la calidad de vida y salud mental de estos pacientes, aunque sí hay variaciones en su percepción de salud y mejoría en el análisis del componente mental de la SF-36 con el tiempo. Las dimensiones peor valoradas en calidad de vida son las de ansiedad, depresión, dolor, rol físico y salud general.

La calidad de vida y la salud mental de estos pacientes se encuentran relacionadas entre sí, por lo que no deben olvidarse ninguna de las 2. La función física del paciente y su discapacidad modifican la calidad de vida y la salud mental, por lo que es de vital importancia que el paciente quede con las menores secuelas posibles y estas sean tratadas precozmente.

Existen distintos factores capaces de modificar la calidad de vida. La incidencia del IJ es superior en varones (58,5%), con mejores datos de calidad de vida en ellos, al igual que en pacientes más jóvenes. La presencia de factores de riesgo vascular no es excesiva, siendo el más prevalente el tabaquismo (39%) y el 19,5% reconoce ser consumidor de alguna droga ilegal. Dentro de los factores de riesgo para el IJ se encuentra también la migraña con aura²; en la muestra el porcentaje de migrañosos (con/sin aura) está por encima de la población general, 26,8% frente a 15% respectivamente¹⁵. La presencia de algunos de estos factores de riesgo vascular modifica la calidad de vida tras un IJ, en concreto los pacientes dislipidémicos tienen peor calidad de vida. Paradójicamente, son los pacientes con cardiopatía los que

presentan mejores puntuaciones en el rol de vitalidad de las escalas de calidad de vida.

Los anticonceptivos orales aumentan el riesgo de sufrir un ictus⁵, el 26,3% de las pacientes se encontraban bajo este tratamiento, y estas tienen mejor percepción de su salud y mejores datos de salud mental.

El tipo de ictus más frecuente es el isquémico (82%), y su causa más frecuente la indeterminada (47%), siendo ligeramente superior a lo habitual (39,7%)¹⁶. Curiosamente, los pacientes con ictus de etiología indeterminada tienen mejor calidad de vida.

Son escasos los pacientes que llegan a recibir tratamiento en fase aguda (17,1%). Sin embargo, aquellos que los reciben tienen peor calidad de vida, existiendo además relación entre la función física y la calidad de vida en ellos, en probable relación con la peor función física, con NIHSS más altas en estos pacientes. La craneotomía, como era de esperar, también empeora la calidad de vida.

En cuanto a la ansiedad y depresión, el 17,1% de los pacientes tenían antecedentes de estas antes del IJ, sin embargo, tras un año, prácticamente el 50% tiene datos de ansiedad y depresión. Este porcentaje es superior a lo descrito en la literatura (30%)¹⁷. En este caso no solo es llamativo el aumento de la incidencia con respecto a lo esperable, sino la ausencia de tratamiento, posiblemente debido a un infradiagnóstico. Tras un año del IJ, solo el 22% de los pacientes tomaban tratamiento farmacológico antidepresivo, y únicamente el 13% habían visitado al psicólogo y el 2,4% al psiquiatra. Los IJ comparados con los ictus en ancianos, tienen mayor supervivencia y mejor pronóstico, aumentando en esta población el riesgo de trastornos neuropsiquiátricos^{2,18}. Por este motivo, se debe ser proactivo en su identificación y tratamiento, no se debe olvidar que la calidad de vida de estos enfermos depende también de su salud mental, y posiblemente este aumento en la prevalencia esté en relación con el bajo porcentaje de tratamiento.

La capacidad funcional de estos pacientes tras el alta es buena, siendo la NIHSS al año de 0,54 puntos de media. Esta situación la confirma el 95% de pacientes que tienen un Rankin-m 0-2 tras un año del IJ. El hecho de que estos pacientes sean funcionalmente independientes, pero presenten peores resultados de calidad de vida y de salud mental, indica que no todo lo que altera la vida de estas personas debe ser físico.

La vuelta a la vida laboral también se ve alterada tras un IJ, teniendo mucha relación en su calidad de vida y muchísima importancia dada la edad. Tras 6 meses del IJ solo se encuentran trabajando el 27,5%, aumentando al 41,5% tras un año, tasa similar a otros datos publicados (23-40%)^{1,2,19}. En estos estudios, se establecen unos parámetros predictores de la vuelta al trabajo; la mayoría de los factores por los que no se vuelve a trabajar suelen ser físicos. Sin embargo, como se ha mencionado, la función física de estos pacientes es excelente, siendo imprescindible analizar dónde reside el problema. Esta situación laboral afecta a la calidad de vida de los pacientes y a su salud mental, evidenciándose peor calidad de vida en aquellos que han tenido que abandonar su trabajo. Asimismo, los pacientes que tienen bajas laborales prolongadas y problemas laborales tienen más datos de ansiedad y depresión.

La atención sanitaria actual está dirigida a la valoración y cuantificación de las secuelas físicas, restando importancia a como se encuentra la persona que ha sufrido el IJ y su relación con el entorno. Actualmente la forma objetiva de clasificar a estas personas es mediante escalas no específicas de IJ, midiéndose la secuela física y la discapacidad. Como se demuestra en este estudio, tan importante como conseguir que el paciente salga de la fase aguda del ictus con las menores secuelas físicas es conseguir que este vuelva a adaptarse a su vida social y laboral. La calidad de vida rara vez se mide en las consultas habituales y queda demostrada la relación que existe entre esta y la incorporación a su vida laboral y su salud mental.

Con estos resultados parece que la calidad de vida de los que han sufrido un IJ no es solo física, también es psíquica y ejecutiva, por lo que debe dotarse de la misma importancia a todas las dimensiones de la CVRS. No se debe obviar que son pacientes en edad laboral, y todas estas alteraciones descritas pueden impedir que un paciente joven continúe su desarrollo profesional y personal.

De este estudio se puede inferir que debe modificarse la atención sanitaria de estos pacientes, prestando especial atención a las secuelas no físicas, medirlas y tratarlas.

Conclusiones

Los pacientes que sufren un IJ ven alterada su CVRS y tienen un alto riesgo de padecer ansiedad y depresión. El paso del tiempo a lo largo de un año no mejora esta situación, no hay cambios en la calidad de vida ni en su salud mental, posiblemente porque se está infradiagnosticando e infratratando esta patología. Los parámetros de calidad de vida de estos pacientes son peores que los de la población general. Las personas que sufren un IJ presentan más problemas de los que reflejan sus escalas de discapacidad y la incorporación a la vida laboral es fundamental para la calidad de vida y salud mental.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Aarnio K, Rodríguez-Pardo J, Siegerink B, Hardt J, Broman J, Tulkki L, et al. Return to work after ischemic stroke in young adults. *Neurology*. 2018;91:e1909–17.
2. Schoberl F, Ringleb PA, Wakili R, Poli S, Wollenweber FA, Kellert L. Juvenile stroke. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114:527–34.
3. Fox C, Smith S E. Ischemic stroke in children and young adults: Epidemiology, etiology and risk factors. [Monografía en internet]. Dashe J.F. UpToDate; 2020 [acceso Oct 2020]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.

4. Béjot Y, Delpont B, Giroud M. Rising stroke incidence in young adults: More epidemiological evidence, more questions to be answered. *J Am Heart Assoc.* 2016;5:e00366.
5. Putaala J, Metso AJ, Metso TM, Konkola N, Kraemer Y, Haapaniemi E, et al. Analysis of 1008 consecutive patients aged 15 to 49 with first- ever ischemic stroke: The Helsinki young stroke registry. *Stroke.* 2009;40:1195.
6. Bermejo Pareja F, Porta-Etessam J, Díaz Guzmán J, Martínez-Miartn P. Más de cien escalas en neurología. 2.ª ed.: Serie Manuales. Biblioteca Aula Médica; 2008.
7. Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Re R, Ballesteros J, Ibarra N, et al. A comparative psychometric study of the Spanish versions with 6, 17, and 21 items of the Hamilton Depression Rating Scale. *Med Clin (Barc).* 2003 May 17;120:693–700.
8. Cipersam. Ficha técnica Hamilton Depresión [Internet]. Madrid [acceso 19 Abr 2019]. Disponible en: <https://bi.cipersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?id=57>.
9. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-3L User Guide. 2018.
10. Herdman M, Badia X, Berra S. EuroQol-5D: A simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. *Aten Primaria.* 2001;28:425–30.
11. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Puntuación del instrumento Cuestionario de Salud SF-36 versión 2. 2003.
12. Cipersam. Ficha técnica Hamilton Ansiedad [Internet]. Madrid [acceso 19 Abr 2019]. Disponible en: <https://bi.cipersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?id=21>.
13. Hamilton A. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23:56–62.
14. Matza LS, Morlock R, Sexton C, Malley K, Feltner D. Identifying HAM-A cutoffs for mild, moderate, and severe generalized anxiety disorder. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2010;19:223–32.
15. Ezpeleta D, Pozo Rosich P. Guía Oficial de práctica clínica en cefaleas. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología, 1.ª ed. Madrid: Luzan; 2015.
16. Martín Vilalta JL. Enfermedades vasculares cerebrales. 3.ª ed. España: Mayo; 2012.
17. Guiraud V, Gallarda T, Calvet D, Turc G, Oppenheim C, Rouillon F, et al. Depression predictors within six months of ischemic stroke: The DEPRESS Study. *Int J Stroke.* 2016;11:519–25.
18. Putaala J. Ischemic stroke in young adults. *Continuum (Minneapolis Minn).* 2020;386–90.
19. Jarvis HL, Brown SJ, Price M, Butterworth C, Groeneveldt R, Jackson K, et al. Return to employment after stroke in young adults: How important is the speed and energy cost of walking? *Stroke.* 2019;50:3198–204.