

Calidad de vida y discapacidad en la enfermedad cerebrovascular: una entidad olvidada

Quality of life and disability in stroke: a forgotten entity

Luis Fernando Roa Wandurraga

La Enfermedad Cerebrovascular (ECV), es una de las principales causas de muerte y discapacidad en la población adulta del mundo (1). Sin embargo; a pesar de los altos costos que representa la discapacidad generada por el Ataque Cerebro Vascular (ACV) para la economía de un país, las tareas enfocadas en planeación de estrategias de rehabilitación y reincorporación de estos pacientes a la vida cotidiana y laboral han dejado de ser parte de los objetivos de la medicina actual en nuestro país, donde las políticas en salud enlentecen la atención médica de la población general.

Para lograr un adecuado acercamiento de este problema, y planteamiento de estrategias a corto y largo plazo; se debe conocer el comportamiento clínico y la percepción de enfermedad mediante la aplicación de escalas clínicas, y de calidad de vida. Las cuales junto con las neuroimágenes y estudios neurofisiológicos nos ayudan a tener una visión global y temprana de la posible recuperación de quienes han padecido un ACV (2). Estas intervenciones sanitarias no solo deben estar encaminadas a cuantificar el tiempo de supervivencia del individuo, sino que también en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la cual se define como la percepción del paciente de su calidad de vida, frente a la enfermedad y la aplicación de tratamientos, que se modifica por la incapacidad, estado funcional y que por ultimo determina su bienestar físico, emocional y social (3).

En la última década el conocimiento de la plasticidad cerebral ha mejorado, y hemos pasado del concepto donde creíamos que la neurona no tienen el potencial de regeneración o recuperación a un entendimiento del cerebro como un órgano que posee un enorme potencial para la reorganización según el estímulo correcto y el medio ambiente (4).

Por este motivo, la aplicación de escalas clínicas y de calidad vida es la forma inicial de acercarnos a un adecuado enfoque terapéutico en nuestros pacientes con ACV (5). La evaluación del déficit motor (parecias y/o disartria), es de suma importancia debido a que es la principal complicación y es también un factor importante en la independencia para la vida. Hallazgos clínicos tan sencillos como la extensión y la abducción voluntaria del los dedos del pie dentro de los 7 primeros días predicen clínicamente la recuperación de la extremidad afectada (6). Nijland y cols. Encontró en 156 pacientes que si los pacientes presentaban dentro de las primeras 72 horas, cualquiera de los dos movimientos tenía una probabilidad de recuperación del 98% en los primeros 6 meses. Si no presentaba ninguno de estos movimientos durante este tiempo la probabilidad era del 25% y caía al 14% si pasaba de los 5 primeros días (7).

Hoy en día los Institutos dedicados a la atención y rehabilitación neurológica, se encuentran en vía de extinción en nuestro país. Por esta razón pienso que pese a las limitaciones metodológicas en el tamaño de

Recibido: 11/05/11. Revisado: 11/05/11. Aceptado: 13/05/11.

Luis Fernando Roa Wandurraga. Médico, Neurólogo, Pontificia Universidad Javeriana. Maestría en Enfermedad Vascular Cerebral, Universidad Nacional Autónoma de México. Hospital Universitario Mayor MEDERI. Bogotá D.C.

Correspondencia: luisroaw10@yahoo.com

muestra y del carácter retrospectivo del estudio realizado por el grupo de neuro-rehabilitación del INDEA es de vital importancia para la investigación en nuestro país. Los registros latinoamericanos que se llevan a cabo en la actualidad y los que han culminado hasta este momento, nos permiten conocer más de cerca el comportamiento clínico y el impacto socioeconómico de la ECV en la población de habla hispana. Por este motivo es imprescindible realizar estas investigaciones donde basados en la información recolectada se pueda construir en un futuro, proyectos de salud que tengan impacto en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Por último, es importante la creación de estos registros hospitalarios y de la aplicación de escalas de vida; ya que invita a quienes trabajamos con ECV, a participar en la creación de grupos dinámicos y multidisciplinarios en centros de “excelencia” dedicados a la atención y cuidado del paciente con ACV. Donde la evaluación clínica, junto con el tratamiento y la rehabilitación sean parte de los protocolos médicos, y el paciente con discapacidad neurológica se beneficie de un tratamiento integral.

*“La vida es corta, el arte largo, la oportunidad fugitiva,
la experiencia engañosa, el juicio difícil”.*
Wilder Penfield (1958)

REFERENCIAS

1. Association AH. Heart Disease and Stroke Statistics -2010 Update At-A-Glance2010: Available from: http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1265665152970DS-241%20Heart-StrokeUpdate_2010.pdf.
2. STINEAR C. Prediction of recovery of motor function after stroke. *Lancet Neurol.* 2010;9:1228-32.
3. GUYATT GH, FEENY DH, PATRICK DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118:622-629.
4. DOMBOVY ML. Maximizing recovery from stroke: new advances in rehabilitation. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2009;9:41-45.
5. POST MW, BOOSMAN H, VAN ZANDVOORT MM, PASSIER PE, RINKEL GJ, VISSER-MEILY JM. Development and validation of a short version of the Stroke Specific Quality of Life Scale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011;82:283-286.
6. BEEBE JA, LANG CE. Active range of motion predicts upper extremity function 3 months after stroke. *Stroke.* 2009;40:1772-1779.
7. NIJLAND RH, VAN WEGEN EE, HARMELING-VAN DER WEL BC, KWAKKEL G. Presence of finger extension and shoulder abduction within 72 hours after stroke predicts functional recovery: early prediction of functional outcome after stroke: the EPOS cohort study. *Stroke.* 2010;41:745-750.