



TESIS DOCTORAL  
**IMPACTO SOCIOECONÓMICO Y CALIDAD DE  
VIDA EN EL ICTUS JUVENIL**

**DÉBORAH ALONSO MODINO**

**Directores**

Fernando I. Montón Álvarez

Lilisbeth Perestelo Pérez

2020

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*



Facultad de Medicina  
Departamento de Medicina Interna, Dermatología y Psiquiatría  
Universidad de La Laguna

**TESIS DOCTORAL**

***“Impacto socioeconómico y calidad de vida en el Ictus juvenil”***

Déborah Alonso Modino

**DIRECTORES:**

Fernando I. Montón Álvarez

Lilisbeth Perestelo Pérez

San Cristóbal de La Laguna, 2020.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

Dr. D. Fernando I. Montón Álvarez, profesor titular de Neurología de la Universidad de La Laguna.

Certifica:

Que. Doña Déborah Alonso Modino ha realizado bajo mi dirección el trabajo de investigación correspondiente a la tesis doctoral "Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil".

Revisado el trabajo, estimo que puede ser presentado para ser juzgado por el tribunal que sea designado a tal efecto.

Para que así conste y surta a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, extiendo y firmo el presente certificado.

En San Cristóbal de La Laguna, a 12 de diciembre de 2020

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

Dra. Dña. Lilisbeth Perestelo Pérez, doctora en Psicología por la Universidad de La Laguna

Certifica:

Que. Doña Déborah Alonso Modino ha realizado bajo mi dirección el trabajo de investigación correspondiente a la tesis doctoral "Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil".

Revisado el trabajo, estimo que puede ser presentado para ser juzgado por el tribunal que sea designado a tal efecto.

Para que así conste y surta a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, extiendo y firmo el presente certificado.

PERESTELO PEREZ  
LILISBETH INMACULADA  
- 78851660R

Firmado digitalmente por PERESTELO PEREZ LILISBETH  
INMACULADA - 78851660R  
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES,  
serialNumber=IDCES-78851660R, givenName=LILISBETH  
INMACULADA, sn=PERESTELO PEREZ, cn=PERESTELO PEREZ  
LILISBETH INMACULADA - 78851660R  
Fecha: 2021.05.18 11:46:19 +01'00'

En San Cristóbal de La Laguna, a 12 de diciembre de 2020

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## AGRADECIMIENTOS

*A mi profesor, mentor, jefe y director, por mostrarme el camino de la Neurología, acompañarme y guiarme en él. Estaré eternamente agradecida por la pasión con la que nos has inculcado esta especialidad. Difícilmente encontraré a alguien más como tú. Gracias por estar siempre ahí.*

*A mi directora, por todo lo que me has enseñado, gracias por abrirme las puertas de esta investigación, por ser tan meticulosa y por enseñarme como se han de hacer las cosas. Muchísimas gracias por todo este trabajo.*

*A Felipe y Ana por la paciencia y la profesionalidad con la que me han aguantado en los resultados cuantitativos y cualitativos, sin ustedes, esto no hubiese sido posible, mil gracias.*

*A Carlos, la voz en off de toda la redacción, gracias por todos estos años aprendizaje pasivo sobre gramática y redacción. Gracias por toda tu sabiduría.*

*A mis padres y hermanos, por el apoyo en estos largos años de estudio, y a Victoria y Cristina, por su colaboración esencial en esta tesis. A Juanan, por aguantarme en este proyecto y apoyarme en todo, haciendo el camino más fácil. Especialmente a Rodrigo, por dejarme muy poco margen para la equivocación y enseñarme todo lo que una persona es capaz de hacer en lo que duerme una hora de siesta.*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

## ÍNDICE

	Página
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
1. Epidemiología.....	2
2. Etiología.....	8
3. Manifestaciones clínicas.....	22
4. Diagnóstico.....	24
5. Tratamiento.....	30
6. Rehabilitación y pronóstico.....	37
7. Calidad de vida.....	40
8. Justificación del tema.....	42
9. Hipótesis de trabajo.....	43
<b>OBJETIVOS</b>	45
1. Objetivo principal.....	45
2. Objetivos secundarios.....	45
<b>METODOLOGÍA. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	46
1. Diseño y muestra.....	46
2. Medidas de resultados.....	48
3. Proceso de recogida de información.....	54
4. Análisis de datos.....	59
<b>RESULTADOS ESTUDIO CUANTITATIVO</b>	63
1. Muestra.....	63
2. Características de la muestra.....	64
3. Escalas en el ictus juvenil.....	91
4. Comparación entre factores.....	116
5. Impacto socioeconómico en el ictus juvenil.....	121
<b>RESULTADOS ESTUDIO CUALITATIVO</b>	126

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

1. Experiencias de las personas que han sufrido un ictus juvenil.....	127
2. Percepción de la atención recibida durante el proceso asistencial.....	139
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>144</b>
1. Fortalezas y limitaciones.....	150
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>152</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>154</b>
<b>ANEXO I ESCALAS Y CUESTIONARIOS.....</b>	<b>165</b>
<b>ANEXO II LIBRO DE CÓDIGOS INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....</b>	<b>186</b>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

### TABLAS

Tabla 1: Factores de riesgo.....	4
Tabla 2: CHA2DS2-VASc.....	5
Tabla 3: Etiología del ictus isquémico.....	9
Tabla 4: Enfermedades monogénicas con ictus isquémicos como una de sus primeras manifestaciones, pero no la manifestación primaria.....	17-20
Tabla 5: Clasificación de Hunt y Hess.....	24
Tabla 6: Significado de las puntuaciones de la escala SF-36 según las dimensiones.....	50
Tabla 7: Resumen de las características sociodemográficas de la muestra del estudio.....	64
Tabla 8: Sexo.....	65
Tabla 9: Municipio de residencia.....	65
Tabla 10: Resumen de los antecedentes personales .....	67
Tabla 11: Consumo de tóxicos.....	68
Tabla 12: Lateralidad del ictus.....	68
Tabla 13: Enfermedad relacionada con el ictus isquémico.....	71
Tabla 14: Tipo de hemorragias cerebrales.....	71
Tabla 15: Tratamiento ictus.....	72
Tabla 16: Resumen general de las características del Ictus.....	72-73
Tabla 17: tratamiento antiagregante al alta hospitalaria.....	74
Tabla 18: Tratamiento farmacológico.....	75
Tabla 19. Material ortoprotésico.....	81
Tabla 20: Problemas laborales.....	83
Tabla 21: tiempo de baja laboral.....	84
Tabla 22: ¿Posee certificado de discapacidad o reconocido oficialmente el grado de minusvalía? .....	85
Tabla 23: Dependencias antecedentes personales.....	86
Tabla 24: Dependencia Factores laborales.....	87

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

Tabla 25: Dependencias factores ictus actual.....	87-89
Tabla 26: Dependencias de los factores farmacológicos un año.....	90
Tabla 27: Dimensión de Movilidad EuroQol.....	94
Tabla 28: Dimensión de Cuidado personal EuroQol.....	94
Tabla 29: Dimensión de Actividades cotidianas EuroQol.....	95
Tabla 30: Dimensión de Dolor o Malestar EuroQol.....	95
Tabla 31: Dimensión de Ansiedad o Depresión EuroQol.....	96
Tabla 32: Estado general de salud EuroQol.....	96
Tabla 33. Escala Hamilton Ansiedad.....	109
Tabla 34: Comparación entre las escalas de calidad de vida y salud mental....	114
Tabla 35: Correlación entra las escalas de calidad de vida, salud mental, funcionalidad y discapacidad.....	115
Tabla 36: Comparación entre factores. ....	116- 118
Tabla 37: Gasto mensual por semestres y total anual en euros.....	121
Tabla 38: Costes totales anual.....	124
Tabla 39: Media de costes anuales indirectos .....	125
Tabla 40: Costes totales del IJ.....	125
Tabla 41. Características de los pacientes con ictus juvenil que participaron en las entrevistas.....	126

**GRÁFICOS**

Gráfico 1: Estado civil.....	65
Gráfico 2: Nivel de estudios.....	66
Gráfico 3: Clasificación de la Oxforshire Community Stroke (OCS) .....	69
Gráfico 4: Clasificación de Laussage.....	70
Gráfico 5: Tratamiento antidepresivo.....	74
Gráfico 6: Media de visitas atención especializada.....	77
Gráfico 7: Pruebas complementarias realizadas.....	79
Gráfico 8. Medida de trayectos en los diferentes medios de transporte.....	80
Gráfico 9: Situación laboral.....	83

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

Gráfico 10: Evolución Media NIHSS.....	92
Gráfico 11: Evolución escala Rankin-m.....	92
Gráfico 12: Escala EuroQol a los 6 y 12 meses.....	93
Gráfico 13: Estado general de salud EuroQol.....	97
Gráfico 14: Escala Visual Analógica.....	98
Gráfico 15: Puntuación Escala SF-36.....	100
Gráfico 16. Media de los roles de SF-36 a los 6 meses y un año. ....	101
Gráfico 17. Componente mental SF-36.....	102
Gráfico 18: ¿Cómo diría que es su salud comparada con la de hace un año? SF-36.....	103
Gráfico 19: Puntuación Hamilton Depresión.....	105- 106
Gráfico 20: Escala Hamilton Depresión.....	106
Gráfico 21: Media de la escala Hamilton Ansiedad.....	108
Gráfico 22: Puntuación Hamilton Ansiedad.....	109
Gráfico 23: Síntomas de la escala Hamilton Ansiedad.....	110
Gráfico 24: Puntuación GHQ12.....	112
Gráfico 25: Resultado GHQ12.....	113
Gráfico 26: Costes indirectos.....	125

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

- AAS: ácido acetil salicílico
- ACOD: anticoagulantes de acción directa
- AD: autosómico dominante
- AIT: ictus isquémico transitorio
- AR: autosómico recesivo
- ARA-II: antagonista del receptor de la angiotensina II
- AVK: anti vitamina K
- BOC: boletín oficial de Canarias
- C.cor: coeficiente de correlación
- CHAD2DS2VASc: congestive heart failure, hypertension, age 75 years or older, diabetes mellitus, stroke, vascular disease, age 65 to 74 years, sex category score
- CVRS: calidad de vida relacionada con la salud
- DADA2: deficiencia de adenosin deaminasa 2
- Dt: desviación típica
- EKG: electrocardiograma
- EQ-5D: EuroQol de 5 dimensiones
- EVA: escala visual analógica
- FA: fibrilación auricular
- FAS: Fatigue Assessment Scale
- FOP: foramen oval permeable
- GHQ12: cuestionario general de salud 12
- HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale
- HbA1c: hemoglobina glicosilada
- HHH: hemodilución, hipervolemia y ligera HTA
- HIC: hemorragia intracraneal
- HSA: hemorragia subaracnoidea
- HTA: hipertensión arterial
- HUNSC: hospital universitario Nuestra Señora de Candelaria
- IECA: inhibidor de la encima convertidora de la angiotensina
- IJ: ictus juvenil

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
*Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>*

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- ILT: incapacidad laboral temporal
- INE: instituto nacional de estadística
- IQOLA: International Quality of Life Assessment
- ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
- Km: Kilómetro
- LACI: ictus lacunar
- LCR: líquido cefalorraquídeo
- LDL: low density lipoprotein
- MAV: malformación arteriovenosa
- MOCA Montreal cognitive assessment
- MTHFR: mutación de la metilentetrahidrofolato reductasa
- NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale
- OCS: Clasificación de la Oxfordshire Community Stroke
- PACI: ictus parcial de circulación anterior
- POCl: ictus de circulación posterior
- Rankin-m: escala Rankin modificada
- RCVL: vasculopatía retiniana con leucodistrofia cerebral
- RM: resonancia magnética
- SCS: Servicio Canario de la Salud
- SEN: sociedad española de neurología
- SIFAP: Stroke in Young Fabry Patients
- SNC: sistema nervioso central
- SNS: sistema nacional de salud
- TACI: ictus total de circulación anterior
- TC: tomografía computarizada
- VSG: velocidad de sedimentación globular
- WHOQUO-BREF 26: World Health Organization Qualit
- YS: youth stroke

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## ABSTRACT

### **RESUMEN**

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

**Objetivos:** Evaluar el impacto socioeconómico y sobre la CVRS del IJ.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo prospectivo con métodos mixtos, cualitativos y cuantitativos, de pacientes con IJ entre 2016-2017. Cuantitativamente, se emplearon los cuestionarios EQ-5D, SF-36, NIHSS, Rankin-m, GHQ12, Hamilton Ansiedad, Hamilton Depresión y BURQOL-meter. Cualitativamente se identificaron necesidades de cuidados y de información satisfechas y no satisfechas. Evaluación en 6 y 12 meses.

**Resultados:** Fueron analizados 41 pacientes, 41.8 años de media. Tras un año la media de NIHSS fue 0.54 y el Rankin 0-2, 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 46.3% y 41.5%. Los hombres y trabajadores tienen mejor CVRS. El 41.5% trabajaban al año. Los pacientes tienen problemas ejecutivos no evaluados rutinariamente. El coste anual del IJ es 22645.04 euros.

**Conclusiones:** El IJ altera la CVRS y los pacientes tienen alto riesgo de ansiedad y depresión. El principal problema es cognitivo y ejecutivo, dificultándoles la incorporación a su vida normal, condición fundamental para su CVRS.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

**ABSTRACT**

**Introduction:** The youth stroke (YS) provoking a great socioeconomic impact and in the health-related quality of life (HRQoL). Nevertheless, there are not enough studies about this.

**Objetives:** To evaluate the socioeconomical impact and the HRQoL in YS.

**Material and Methods:** Descriptive and prospective study through complementary mixed methods, cualitative and cuantitative, about patients with YS, between 2016-2017. Quantitatively, the following questionnaires were used: EQ-5D, SF-36, Hamilton Anxiety, Hamilton Depression, GHQ12 and BURQOL-meter. Qualitatively it will be identified: care and information needs received, satisfied and unsatisfied. The evaluation was at 6 and 12 months.

**Results:** 41 patients were studied, mean of 41.8 years. At year, NIHSS mean were 0.54 and Rankin-m 0-2 were 95.1%. No exist differences between the time in the quality of life and mental health scales. The depression and anxiety was on 46.3% and 41.5%. Men and workers, had better HRQoL. At year, 41.5% were working. The patients were disejecutive problems without evaluation. The annual cost of YS is 22645.04 euros.

**Conclutions:** The patients with YS have problems in theirs HRQoL and they have high risk to suffer depression and anxiety. Cognitive and disejecutivo, are the main problems, provoking difficulties to reintroduce in their laboral and social lifes, a fundamental condition for their HRQoL.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## INTRODUCCIÓN

El ictus es una enfermedad cerebrovascular caracterizada por la alteración del aporte sanguíneo a nivel cerebral.

Según la naturaleza de esta alteración en el aporte, puede clasificarse en:

- **Ictus isquémico:** situación en la cual se produce una obstrucción al flujo sanguíneo en una determinada área cerebral. Se calcula que aproximadamente son el 87% de todos los ictus [64].
- **Ictus hemorrágico:** patología caracterizada por la extravasación de sangre del torrente sanguíneo hacia distintas partes del cerebro.

Según el tiempo de la alteración se puede clasificar en:

- **Ictus transitorio:** aquel que dura una hora o menos.
- **Ictus establecido:** aquel que dura más de una hora.

Según la edad a la que se produzca el ictus se puede establecer la denominación de “ictus juvenil” (IJ). No obstante, en la actualidad no existe consenso sobre la edad límite establecida para la clasificación del IJ, observándose una amplia variabilidad en su definición según los diferentes estudios, que oscila entre los 40 y 55 años para el límite superior [27], aunque son muchos los estudios los establecen este límite superior en 50 años [5] [75], siendo este el límite superior adoptado en este estudio.

El ictus, es el proceso médico que más estancias hospitalarias, invalidez y mortalidad provoca [91]. La atención sanitaria a este tipo de enfermedades se establece en cuatro etapas:

- **Primaria:** Prevención primaria de factores de riesgo vascular: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, consumo de tóxicos, etc.
- **Secundaria:** Diagnóstico y tratamiento urgente: mediante equipos y unidades de ictus.

- 1 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- **Terciaria:** Prevención secundaria: mediante tratamiento médico con antiagregación, anticoagulación, y/o tratamiento mediante cirugía vascular en situaciones determinadas.
- **Cuaternaria:** Rehabilitación de secuelas.

### 1. EPIDEMIOLOGÍA

El ictus es una de las primeras causas de mortalidad y discapacidad en la población, generando una alta carga socioeconómica, así como un problema importante de salud pública [91], considerándose la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia. Según las estadísticas de mortalidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2017 en España, el ictus fue la tercera causa de muerte en ese año [56]. En España, la incidencia anual estimada es de 132-174 por cada 100.000 habitantes, sin tener en cuenta los ictus transitorios, y la prevalencia es de 4000-8000 por cada 100.000 habitantes [54]. Se prevé que este problema empeorará en los próximos años, relacionado con el progresivo envejecimiento poblacional. Se ha calculado que, en el año 2025, 1.200.000 españoles habrán sobrevivido a un ictus, de los cuales 500.000 sufrirán alguna discapacidad [54]. El 50% de los supervivientes presentan algún grado de discapacidad, y el 20% requieren hospitalización permanente [91].

El coste del ictus en 2008 fue estimado en 18,8 billones de dólares en Estados Unidos, con pérdida de productividad y mortalidad prematura, añadiéndose 15,5 billones de dólares [64]. Según el estudio sobre el Coste socioeconómico del ictus en Canarias de 2004, el coste del medio del ictus en el primer, segundo y tercer año fue de 17618, 14453 y 12924 euros respectivamente [48]. El coste del ictus en su etapa de post hospitalización depende, entre otras cuestiones, del país donde suceda, siendo el Reino Unido el lugar con más gasto en este tipo de pacientes, con 883 dólares al mes, y Malasia el lugar más barato con 192 dólares al mes por paciente [67]. El grado de discapacidad, medido por la escala de Rankin, también refleja incrementos el coste del ictus a mayor discapacidad [20]. Se ha estimado, que los costes derivados de la reducción de la producción debidas a bajas, jubilaciones y muertes prematuras, son de alrededor del 25% del coste total del ictus [5].

- 2 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

El IJ, comparado con el ictus en personas mayores, suele verse desde una perspectiva específica por las diferentes características que éste presenta, tanto a nivel de factores de riesgo vascular, con algunos específicos del IJ, al igual que las etiologías, así como repercusiones sociales, familiares y vocacionales que no presentan los ictus en población no juvenil [64] [93].

La incidencia del IJ ha ido en aumento en los últimos años, probablemente relacionado con el incremento de consumo de drogas, tabaco y alcohol, el aumento de la prevalencia de los factores de riesgo vascular como diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia y obesidad; así como la polución ambiental y las modificaciones de los hábitos de vida [90] [93]. La incidencia de IJ ha ido en aumento desde 1980 [64] [93] y se encuentra aproximadamente en 8 por cada 100.000 habitantes en Europa, siendo superior en el África subsahariana, llegando a ser ésta de hasta 100 por cada 100.000 habitantes [64]. Se sospecha que esta diferencia podría radicar en los factores de riesgo, etnia, factores genéticos, climáticos y socioeconómicos [64]. La incidencia es ligeramente inferior en mujeres [64].

Se ha observado, que los cambios en la supervivencia de los IJ, es marcadamente superior a la de los ictus en personas mayores, aumentando por otro lado el riesgo de recurrencia, trastornos neuropsiquiátricos y crisis epilépticas [64].

El estudio “Juvenile Stroke” de 2017, una revisión bibliográfica de los estudios publicados en Pubmed desde 1990 sobre IJ, que analiza la etiología de este tipo de ictus, y de forma somera la parte psicosocial, muestra que la mortalidad y la recurrencia de los ictus isquémicos en adultos jóvenes es significativamente menor que la de los ancianos siendo la mortalidad en el primer año del IJ del 4.5%, frente al 15-35% del ictus en anciano, así como la tasa de recurrencia en el primer año del IJ es del 1.5% frente al 15% del ictus en ancianos [75].

- 3 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

### 1.1 Factores de riesgo

El 90% de todos los primeros ictus podrían prevenirse modificando los factores de riesgo vascular [64]. En la tabla 1 se describen los principales factores de riesgo modificables o prevenibles, en contraposición a los factores de riesgo no modificables.

**Tabla 1. Factores de riesgo**

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES
Hipertensión arterial	Sexo (variable según edad)
Diabetes mellitus	Susceptibilidad genética
Fibrilación auricular	Edad
Dislipemia	Raza
Tabaquismo	Geografía
Estilo de vida sedentario	Estación del año
Enfermedad renal	Clima
Apnea del sueño	
Alcoholismo	
Dieta	

#### 1.1.1 Factores de riesgo en ictus juvenil

Como se ha mencionado anteriormente, los pacientes con IJ presentan ciertas peculiaridades en los factores de riesgo, estableciéndose algunos que se pudieran considerar exclusivos de este grupo de edad.

- **Factores de riesgo cardiovascular modificables:** en el estudio SIFAP (Stroke in Young Fabry Patients) [88], estudio en el que se analizaron pacientes con ictus isquémico, tanto transitorio como establecido, entre 2007 y 2010, con edades entre 18 y 55 años, se evidenció que los factores de riesgo vascular observados con mayor frecuencia fueron la obesidad abdominal (64%), tabaquismo (55%), inactividad física (48%) e hipertensión (47%), siendo la mayoría de los factores de riesgo más prevalentes en hombres que en mujeres [64]. En otros estudios se ha encontrado también relación con la diabetes mellitus tipo 1 y 2, fibrilación auricular y cardiopatía [64] [94]. No se ha conseguido demostrar claramente la relación con la dislipemia, así como tampoco se encuentran estudios sistematizados que demuestren que la apnea del sueño se considere factor de riesgo en el IJ. El conjunto de los factores de riesgo vasculares, parece tener mayor importancia en los pacientes con IJ frente a los ictus en ancianos [64].

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- **Hipertensión arterial:** la hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo más importante y está implicada tanto en el ictus isquémico como el hemorrágico. La HTA se define por presiones por encima de 130/80 mmHg [64]. Está presente en el 70% de las personas con ictus, y su control, reduce la incidencia de enfermedad vascular cerebral en el 38-42% [91].
- **Diabetes mellitus:** se considera un factor de riesgo independiente. Más de tres años de diabetes aumenta el riesgo de ictus en un 74%, recomendándose mantener la hemoglobina glicosilada (HbA1c) por debajo de 7% para prevenir complicaciones microvasculares. Por otro lado, un intenso control de glucosa no ha demostrado reducir el riesgo de ictus[64]. El pronóstico en los pacientes con diabetes que sufren un ictus es peor que los pacientes sin diabetes [91].
- **Fibrilación auricular:** la fibrilación auricular es el factor de riesgo más frecuente en pacientes mayores. El tratamiento de esta patología es la anticoagulación cuyo objetivo es reducir el riesgo de ictus. La anticoagulación puede realizarse con dos grupos de fármacos, bien mediante fármacos anti vitamina K o bien, con anticoagulantes de acción directa. No todos los pacientes con fibrilación auricular tienen indicación de tratamiento anticoagulante, ésta depende del riesgo de ictus, el cual se establece mediante la escala de CHA2DS2VASc (*congestive heart failure, hypertension, age 75 years or older, diabetes mellitus, stroke, vascular disease, age 65 to 74 years, sex category score*) que se muestra en la **tabla 2**[92]. Esta escala otorga una puntuación según el factor de riesgo que tenga asociado, y todos aquellos pacientes que puntúen uno o más, salvo que se mujer que necesita otro factor de riesgo asociado, tienen recomendación de anticoagulación [64][92].

**Tabla 2. CHA2DS2-VASc**

Criterio	Puntuación
Fallo cardiaco	1
Hipertensión arterial	1
Edad de 64 años o menos	0
Edad de 65 a 74 años	1
Edad de 75 años o más	2
Diabetes Mellitus	1
Ictus o ictus isquémico transitorio o	1

- 5 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

<b>tromboembolismo</b>	
<b>Enfermedad vascular</b>	1
<b>Sexo femenino</b>	1
<b>Sexo masculino</b>	0

- **Migraña:** la migraña con aura se puede considerar factor de riesgo en el IJ en edad adulta temprana. Por el contrario, la migraña sin aura no ha conseguido demostrar claramente relación con el ictus. Los mecanismos de la asociación con la migraña con aura no están claramente establecidos. Se ha encontrado, que la asociación de migraña con aura con otros factores ambientales tales como el tabaquismo o anticonceptivos orales aumenta el riesgo de ictus 10 y 17 veces, respectivamente, y si se combinan los tres factores hasta 30 veces [64]. El riesgo de ictus en estos pacientes aumenta con el número de ataques de migraña que presenten [75].
- **Anticonceptivos orales y embarazo:** los anticonceptivos hormonales alteran el fibrinógeno, proteína C y S, factores de la coagulación. Aunque el riesgo es mayor para sufrir eventos trombóticos venosos que arteriales, una revisión de la Cochrane de 2015 mostró que había un aumento de riesgo de ictus en mujeres que consumían anticonceptivos orales frente a los que no los tomaban [64] [69]. El riesgo es mayor con aquellos que tienen altas dosis de estrógenos [91]. En cuanto al embarazo, el mayor riesgo de ictus en embarazadas está en el tercer trimestre y en el periodo postparto hasta las 6 semanas [27].
- **Foramen oval permeable:** el 25% de la población general presenta un foramen oval permeable (FOP), esto ha hecho que la relación entre FOP e ictus haya sido discutible en múltiples estudios. Se ha encontrado que la relación entre FOP e IJ es mayor que en ancianos. La relación de estos dos factores cobra más importancia cuando se demuestra la existencia de una trombosis venosa profunda concomitante con el ictus, puesto que es capaz de provocar un embolismo paradójico [64].
- **Drogas ilícitas:** el consumo de cannabis, opioides, cocaína, anfetaminas y otras drogas de diseño, aumenta el riesgo de sufrir un ictus isquémico mediante varios mecanismos, crisis hipertensiva, vasoconstricción, activación plaquetaria, aterosclerosis, arritmias cardíacas, vasculitis tóxica, etc. [75]. Además, en

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

pacientes adictos a drogas por vía parenteral, el riesgo de endocarditis aumenta, con el consiguiente riesgo de embolismo séptico [64]. El consumo de drogas es uno de los factores que se considera causante en el aumento de la incidencia en los últimos años del ictus juvenil [22].

- **Cáncer:** diversos estudios han demostrado que las neoplasias malignas son un importante factor de riesgo para sufrir un IJ. Los mecanismos por los que aumenta el riesgo de ictus son diversos: la toxicidad de la quimioterapia y radioterapia, la hipercoagulabilidad asociada al cáncer; la aterosclerosis acelerada; el efecto directo del propio tumor, bien porque se trate de un tumor sólido, como por un tumor intravascular y la presencia de endocarditis marántica. [64].
- **Infecciones:** tanto las infecciones crónicas como agudas pueden actuar como factor de riesgo para un IJ, en relación con la disfunción endotelial y la activación plaquetaria que conllevan. Algunas infecciones pueden estar relacionadas con un mecanismo directo de producción de ictus como podrían ser las endocarditis infecciosas, las meningococcalitis o la infección por VIH [64].
- **Anticuerpos antifosfolípidos:** estos anticuerpos facilitan la trombosis. Se encuentran presentes en el 2-12% de la población y aumentan con la edad. Los más frecuentes son el anticoagulante lúpico y los anticuerpos anticardiolipina y se han relacionado con ictus, trombosis, abortos y trombocitopenia [91].
- **Trombofilia genética:** hay diversos factores que pueden tener relación con la aparición de IJ, entre ellos destacan la mutación en el factor V de Leiden, mutación de protrombina G20210A, deficiencia de la proteína C, proteína S o antitrombina III. En estos casos el efecto podría ser sinérgico en combinación con otros factores modificables como el tabaquismo, la hipertensión arterial o el consumo de anticonceptivos orales [64].
- **Sexo:** este factor de riesgo es variable según la edad, en mayores de 85 años, es más frecuente en varones, sin embargo, entre los 35 y 45 años, el factor de riesgo es ser mujer [91].
- **Susceptibilidad genética:** existe predisposición familiar a presentar ictus, se sospecha que una de las causas es la relación familiar que tienen los tres principales factores de riesgo vascular, hipertensión arterial, diabetes y

- 7 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

dislipemia. Ser portador del alelo épsilon4 de la apolipoproteína E aumenta el riesgo de enfermedades cerebrovasculares y coronarias [91].

## **2. ETIOLOGÍA**

La etiología de las patologías vasculares cerebrales es diferente en función de si se trata de un ictus isquémico o hemorrágico, a continuación, se detallan las diferencias entre éstas.

### **2.1 Isquémico**

La etiopatogenia implicada en los ictus isquémicos se puede dividir en tres grandes grupos: trombosis local, embolia y causa hemodinámica.

- **Trombosis:** los ictus relacionados con un mecanismo trombótico están fundamentalmente relacionados con la aterosclerosis de los troncos supraaórticos, así como de las grandes arterias craneales y por otras alteraciones como la lipohialinosis, disección arterial, etc. [91].
- **Embolia:** la embolia es la oclusión de una arteria cerebral por un material que se origina fuera del sistema arterial y entra en él o se ha formado en una porción más proximal de éste. La embolia más frecuente es la de la provocada por un trombo que se forma a nivel cardíaco, o de una placa de ateroma que se desprende, aunque puede haber otras como grasa, aire, fragmentos tumorales, etc. [91].
- **Causa hemodinámica:** estas alteraciones se producen en presencia de una estenosis en las arterias extra cerebrales, éstas pueden ser asintomáticas, y en determinadas circunstancias como una disminución de la perfusión, por disminución del gasto cardíaco, hipotensión arterial, o por inversión del flujo, provocar un ictus hemodinámico en territorios frontera. [91].

En la tabla 3 se muestra un resumen de la etiopatogenia implicada en el ictus isquémico, sus tres grandes grupos y las patologías o mecanismos relacionadas con éstos.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Tabla 3. Etiología del ictus isquémico

TROMBOSIS	EMBOLIA	HEMODINÁMICO
Aterosclerosis	Cardiaca	Estenosis arterias extra cerebrales
Lipohialinosis y necrosis fibrinoide	Embolia cerebral arteria-arteria	
Migraña	Paradójica	
Arteritis Infecciosa	Grasa	
Arteritis No infecciosa	Gaseosa	
Diseción arterial	Embolia por fragmentos externos	
Displasia Fibromuscular		
Enfermedad de Moya-Moya		
Síndrome de Snedon		
Síndrome de Susac		
Citopatías mitocondriales		
Angiopatía cerebral amiloidea		
Alteraciones hematológicas		
Drogas		
Vasoespasma		
Otras arteriopatías hereditarias: CADASIL, CARASIL, HERNS, HANAC, Fabry		

## 2.2 Hemorrágico

La clasificación de los ictus hemorrágicos es algo más extensa que la de los ictus isquémicos, según el tipo de hemorragia que se trate, la etiología más frecuente va a diferir. En este trabajo, se va a hacer referencia fundamentalmente a las hemorragias cerebrales no traumáticas.

### 2.2.1 Etiología de las Hemorragias intraparenquimatosas

- **Hipertensión arterial:** La causa más frecuente de las hemorragias intraparenquimatosas es la hipertensión arterial, condicionando el 60-70% de los casos [91]. Este tipo de hemorragias es más frecuente que se produzca en los ganglios basales, condicionando una hemorragia profunda.
- **Angiopatía amiloide:** este tipo de patologías suele provocar hemorragias lobares múltiples, así como en el caso de los ictus hemorrágicos lo más habitual es que

- 9 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

se trate de una lesión única, en el caso de la angiopatía amiloide, puede haber lesiones hemorrágicas en diferentes localizaciones. Esta es la causa más frecuente de hemorragia no hipertensiva en mayores de 60 años [91].

- **Malformaciones vasculares:** la hemorragia se produce por la rotura de éstas.
- **Coagulopatías.**
- **Tratamientos anticoagulantes:** el tratamiento con anticoagulantes orales puede provocar hasta el 12-14% de las hemorragias [91].
- **Vasculitis.**
- **Aneurismas micóticos.**
- **Tumores malignos muy vascularizados.**

### **2.2.2 Etiología de las hemorragias subaracnoideas**

La etiología de las hemorragias subaracnoideas (HSA) se pueden separar en dos grupos: aneurismáticas o no aneurismáticas:

- **HSA Aneurismática:** La gran mayoría de las hemorragias subaracnoideas (HSA) son de origen aneurismático, produciéndose por la rotura de un aneurisma. De las arterias del polígono de Willis o alrededor de éste. Globalmente se considera que el 3.2% de la población adulta es portadora de un aneurisma sin romper, y el riesgo de rotura de éstos es de 0.5% en los aneurismas de 4-5mm, siendo muy bajo el riesgo en aneurismas de tamaños inferiores [91].
- **HSA No Aneurismática:** el porcentaje de éstas es muy variable, y las causas son las mismas que las de las hemorragias intraparenquimatosas [91].

### **2.3 Etiología de los ictus juveniles**

Las etiologías más frecuentes en los ictus en personas mayores, aterosclerosis de grandes vasos, enfermedad de pequeño vaso, fibrilación auricular, y otras cardiopatías, son considerablemente menos frecuentes en el IJ [64]. Según diversos estudios, la etiología más frecuente de los ictus juveniles es la indeterminada o criptogénica (39.7%), siendo la segunda en frecuencia (12.7%) la disección arterial cervical. A medida que aumenta la edad de lo IJ el porcentaje de etiología criptogénica o indeterminada disminuye [93]. La etiología de los IJ es muy diversa, como se ha mencionado, lo más

- 10 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

frecuente es que no se determine la causa, y en otras ocasiones la enfermedad causal es muy infrecuente.

Las etiologías de ictus isquémico o hemorrágicos que están más relacionadas con el IJ son las siguientes:

- **Criptogénico:** es la etiología más frecuente, y se considera así cuando tras hacer un estudio exhaustivo con múltiples pruebas diagnósticas, no se evidencia la causa [75].
- **Disección arterial:** etiología muy frecuente en el IJ, siendo entre el 10 y el 20% de éstos. El 60% de las disecciones tienen lugar en territorio vertebrobasilar y el 40% en el territorio carotideo, en ambos casos a nivel extracraneal, las disecciones intracraneales aisladas son excepcionales [53]. Las disecciones pueden ser espontáneas, o asociadas a otras patologías como displasia fibromuscular, hipertensión arterial, migraña, degeneración quística medial, conectivopatías, síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos o uso asociado de anticonceptivos orales. En estos pacientes cobran un importante papel las disecciones traumáticas, especialmente teniendo en cuenta el auge en los últimos tiempos de deportes de riesgo como el puenting u otros similares, y los masajes y manipulaciones quiroprácticas. Los traumatismos directos en el cuello, movimientos bruscos deportivos, valsas de repetición, compresiones o elongaciones violentas pueden ser causantes de una disección arterial [91]. El mecanismo fisiopatológico del ictus en las disecciones arteriales puede ser de diferentes clases: mediante un embolismo arteria-arteria, mediante trombosis o hemodinámicos por estenosis de la arteria. Así mismo, si la disección es subadventicial, puede provocar pseudoaneurismas y ser la causante de hemorragias subaracnoideas por rotura de éstos.
- **Carotid web:** Estudios recientes afirman que una causa frecuente de ictus criptogénico podría ser lo que se conoce como “Carotid web” el cual se define como una variante intimal de una displasia fibromuscular que aparece como una lesión que se asemeja a una “lengüeta” próxima al bulbo carotideo [64].
- **Cardioembólico:** este tipo de ictus representan el 10-35% de los IJ. Especial relevancia en este grupo de edad tiene el FOP como se explicó en los factores de

- 11 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

riesgo, capaz de provocar una embolia paradójica, y el aneurisma del septo interauricular. La fibrilación auricular es una de las causas más frecuentes de ictus en el anciano, y es una arritmia ampliamente buscada en los pacientes con IJ, sin embargo, en este grupo de edad la fibrilación auricular únicamente representa el 5% de los casos [75].

- **Migraña:** la migraña no solo se considera, como se mencionó anteriormente un factor de riesgo, sino que puede provocar lo conocido como infarto migrañoso, definiéndose como uno o más síntomas del aura migrañosa no totalmente reversibles en 7 días, asociados con la presencia de un infarto cerebral en la neuroimagen [91].
- **Displasia fibromuscular:** enfermedad infrecuente caracterizada por alteraciones segmentarias no ateroscleróticas de las arterias de mediano calibre donde se produce una transformación de las células musculares lisas en fibroblastos con proliferación de tejido conjuntivo [91]. Se trata de una enfermedad más frecuente en mujeres jóvenes, implicándose una herencia autosómica dominante con baja penetrancia. Esta displasia fibromuscular puede ser la causante de una disección arterial (25%) [53], siendo más frecuente la presencia de una displasia si se demuestra una disección bilateral de carótidas.
- **Vasculitis:** La vasculitis es una causa rara de ictus, y en jóvenes representa menos del 1%. Estas pueden ser:
  - *Vasculitis infecciosa:* las vasculitis bacterianas pueden provocar ictus como consecuencia de un embolismo séptico, el cual genera inflamación del vaso, con estenosis y cierre de la luz o formación de aneurismas micóticos que provoquen émbolos distales. Esta es más frecuente de los estafilococos. Sin embargo, las meningococales bacterianas, habitualmente por neumococo, pueden generar una vasculitis parainfecciosa. También pueden encontrarse vasculitis por virus, como el caso del virus varicela zoster, capaz de provocar la vasculitis por invasión directa del vaso. Otros microorganismos causantes son: Sífilis, aspergillus, cisticercosis, tuberculosis, VIH y Brucella [53].
  - *Vasculitis no infecciosa:*

- 12 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- Vasculitis autoinmune: éstas suelen afectar más frecuentemente a pacientes jóvenes, aunque la presencia de ictus ocurre en menos del 10% de los casos. Las vasculitis necrotizantes serían la enfermedad de Wegener, síndrome de Churg-Straus, panarteritis nodosa y síndrome de overlap. El lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide y el síndrome de Sjögren se engloban dentro de las vasculitis no necrotizantes [53].
- Vasculitis primaria del sistema nervioso central (SNC): esta es muy infrecuente y suele presentarse sobre los 40 años, afectando a vasos de pequeño tamaño del parénquima y la leptomeninge, afectando exclusivamente al SNC. [53]. Suele presentarse con cefalea, alteración cognitiva, déficit motor, parkinsonismo, crisis epilépticas, alteración del lenguaje y alteraciones visuales. El ictus isquémico está presente en el 66-75% de los pacientes, y el hemorrágico entre el 10-21% [12].
- Vasculitis de vasos de gran tamaño: enfermedad de Takayasu, más frecuente en mujeres jóvenes, que se presenta como una vasculitis del territorio supra aórtico [53].
- **Síndrome de Behçet:** es una enfermedad sistémica caracterizada por la formación de aftas genitales y orales, así como uveítis de repetición, eritema nodoso y artritis que afecta al SNC en el 5-10% de los casos, habitualmente al troncoencéfalo. En el 1-2% de los casos puede provocar una vasculitis, habitualmente de pequeño vaso, capaz de provocar ictus isquémicos y la formación de aneurismas; aunque hay casos descritos de vasculitis de gran vaso.
- **Síndrome de Snedon:** arteriopatía infrecuente que afecta a vasos de mediano calibre, oclusiva, no inflamatoria, caracterizada por lúcido reticularis idiopática y lesiones cerebrovasculares de repetición, habitualmente con clínica menor o transitoria, pudiendo acompañarse de cefalea de características migrañosas. Éste suele asociarse a valvulopatía mitral, crioglobulinemia mixta, lupus sistémico, panarteritis nodosa o el síndrome antifosfolípido [27] [53] [91]
- **CADASIL:** esta enfermedad es el acrónimo de *“arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos lacunares y leucoencefalopatía”*. Se trata de una

- 13 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

patología monogénica con alteración en el gen *Notch3* en el brazo largo del cromosoma 19. Es la patología hereditaria más común que afecta a los pequeños vasos [12]. Suelen presentarse clínicamente con síntomas desde la juventud de migraña, ictus de repetición, habitualmente lacunares, depresión y demencia subcortical [53].

- **CARASIL:** se trata de una enfermedad similar a la anterior, descrita recientemente en Japón, siendo de herencia autosómica recesiva, en lugar de dominante, y con predominio de síntomas psiquiátricos y menos lesiones vasculares [53].
- **CARASAL:** ésta es una enfermedad que refleja el acrónimo en inglés de “*Arteriopatía Cathepsina-A relacionada con ictus y encefalopatía*”. Se trata de una rara enfermedad hereditaria, con afectación de pequeño vaso que afecta a adultos debido a una mutación en el gen *CTSA* [12].
- **Enfermedad de Moyamoya:** arteriopatía oclusiva crónica infrecuente. Causa infrecuente de ictus en el anciano, más frecuente en el JJ. Se produce una oclusión progresiva de las arterias carótidas, habitualmente bilateral, con vasos colaterales, habitualmente a partir de las arterias leptomenígeas que intentan suplir el aporte sanguíneo deficitario por la alteración carotídea. La etiología es desconocida [53].
- **Síndrome de Susac:** síndrome infrecuente caracterizado por afectación de arterias de pequeño calibre y clínicamente asociado a sordera, retinopatía y lesiones cerebrales. Se presenta con lesiones de pequeño vaso llegando a dar lugar a una leucoencefalopatía con lesiones en cuerpo calloso. La etiología de esta enfermedad de sospecha que es autoinmune. Es más frecuente en mujeres y suele aparecer entre los 16 y 40 años [53] [91].
- **Papulosis atrófica maligna (Kohlmeier-Degos):** se da en adultos jóvenes, es una enfermedad muy infrecuente, consistente en lesiones vasculares de pequeño vaso a la vez que lesiones dérmicas consistentes en pápulas de umbilicación central y de gastropatía [53].
- **Síndrome de Divry-Van Bogaert:** angiomatosis meningocerebral consistente en una red de vasos meningocorticales ectásicos donde se observan depósitos de amiloide en los vasos cerebrales asociado a cambios fibróticos y degeneración

- 14 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

grasa. Se produce una leucopatía con múltiples lesiones desmielinizantes y vasculares en sustancia blanca y gris. Suele darse en niños, pero pueden existir formas en adultos jóvenes presentándose con crisis epilépticas, síndrome piramidal y deterioro cognitivo, asociado a los ictus [53].

- **Angiopatía eosinofílica:** conjunto de enfermedades que cursan con eosinofilia asociado a ictus, los cuales acontecen por hipercoagulabilidad. Los eosinófilos producen proteínas, como la proteína básica de la mielina y la catiónica eosinofílica que hacen que permanezca la situación de trombofilia, llegando a provocar lesión en la pared vascular [53].
- **Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible:** Se trata de un síndrome que se ha descrito en la última década, probablemente esté infra diagnosticado, se ha visto que es más frecuente en las mujeres y tiene un pico de incidencia a los 42 años y se desconoce su fisiopatología [12]. Se presenta clínicamente como cefalea en trueno recurrente y déficit neurológico, evidenciándose en las pruebas de imagen lesiones vasculares isquémicas o hemorrágicas, habitualmente hemorragia subaracnoidea en la convexidad, así como datos de vasoespasmo arterial en la neurosonografía. Puede aparecer en embarazadas o en el postparto, en el contexto de consumo de drogas, post endarterectomía, hipercalcemia, aneurisma, tratamiento con inmunoglobulinas o espontáneo [53] [64].
- **Consumo de drogas:** como se explicó el consumo de drogas puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de un IJ, pero además puede ser la causa directa, como los ictus isquémicos y hemorrágicos por consumo de cocaína, o los ictus embólicos en pacientes adictos a drogas por vía parenteral que desarrollan una endocarditis [53] [64].
- **Vasculopatía post radiación:** suele aparecer en pacientes que han recibido radioterapia craneal, presentándose como ictus isquémicos recurrentes, pudiendo aparecer tras 5 años de la radioterapia. Se suelen producir estenosis arteriales.
- **Citopatías mitocondriales:** son un grupo de enfermedades que aparecen de forma casi exclusiva en la juventud, las cuales pueden simular fenómenos isquémicos cerebrales. Aproximadamente el 0.8-2% de los ictus juveniles podría

- 15 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

tener que ver con este tipo de patologías. Diferentes mutaciones en el ADN mitocondrial pueden expresarse clínicamente con ictus [53]:

- **MELAS:** “*mitochondrian encephalomyopathy lactic acidosis, stroke-like*”. Se trata de una de las mitocondriopatía primarias más frecuentes [12]. Es una alteración mitocondrial en uno de los citocromos de la cadena respiratoria, clínicamente cursa con aumento del lactato, miopatía con fibras rasgadas, migraña con aura e ictus. Lo típico de este tipo de patologías es la aparición de “stroke likes” en los que se presenta como una clínica deficitaria focal, evidenciándose en las pruebas de neuroimagen, Rm craneal habitualmente, lesiones isquémicas que sobrepasan un territorio vascular, no siendo claramente vasculares [12].
- **Enfermedad de Leber.**
- **Enfermedad de Fabry:** es una enfermedad con una herencia ligada al sexo en el que se produce una acumulación de ceramida trihexosa por disminución de la actividad de una enzima lisosomal. Se manifiesta clínicamente con clínica cardiológica, miocardiopatía e ictus, con afectación de arterias de mediano y pequeño calibre [53].
- **Neurofibromatosis tipo I y II:** se han descrito oclusiones en la porción más distal de la carótida interna y polígono de Willis con una hiperplasia intimal [53].
- **Alteraciones hematológicas:** existen múltiples alteraciones trombóticas hereditarias que se han relacionado con el ictus, como trastornos de la coagulación, proteína C y S y mutación del factor V de Leyden, mutación de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR 677T), mutación del gen de la protrombina, deficiencia de la antitrombina III, et. Sin embargo, estas alteraciones sólo han demostrado una débil asociación con el ictus [53]. Por otro lado, están las alteraciones adquiridas de la coagulación, como la presencia de los anticuerpos antifosfolípidos, que pueden estar en presencia de un síndrome antifosfolípido, el cual si se ha relacionado claramente con la presencia de ictus. Se puede encontrar un síndrome antifosfolípido secundario, el cual está en el contexto de otra enfermedad autoinmune, habitualmente el lupus eritematoso sistémico; o un síndrome antifosfolípido primario, el cual tiene predominio en mujeres y cursa con trombocitopenia y abortos de repetición. Los anticuerpos

- 16 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

antifosfolípidos, anticardiolipina, anti beta 2 glucoproteína y el anticoagulante lúpico, se relacionan con ictus en territorio arterial como venoso.

En los IJ, dado el alto porcentaje de etiología criptogénica, cobra una especial importancia el estudio genético. Este tipo de enfermedades están infra diagnosticadas, y uno de los caballos de batalla en este tipo de ictus es insistir en la sospecha clínica de éstas para poder diagnosticarlas, siendo minuciosos en la evaluación clínica sistémica y de neuroimagen. Se sospecha, que el 1-5% de los IJ puedan estar en relación con alteraciones monogénicas, aunque probablemente esta cifra esté infra estimada, puesto que se sospecha es estos síndromes están infra diagnosticados [12]. A continuación, se muestra una tabla resumen (Tabla 4) con los principales síndromes monogénicos que puedan estar en relación con el IJ, algunos de ellos ya se han nombrado en párrafos anteriores.

**Tabla 4: Enfermedades monogénicas con ictus isquémicos como una de sus primeras manifestaciones, pero no la manifestación primaria.**

ENFERMEDAD	GEN	CROMOSOMA	ICTUS	OTROS SÍNTOMAS
CADASIL. AD	NOTCH3	19p13.12	Ictus lacunares recurrentes, raramente hemorrágicos	-Migraña con aura. -Alteración cognitiva -Trastorno del comportamiento -Crisis
CARASIL. AR	HTRA1	10q26.14	Ictus lacunares, raramente hemorrágicos	Parecido al CADASIL además de: -alopecia prematura -Dolor de espalda -Espondilosis
Alteraciones COL4A1. AD	COL4A1	13q34	Ictus lacunares recurrentes o hemorrágicos	-Aneurismas cerebrales -Porencefalia -Tortuosidad vascular retiniana -Enfermedad renal -Calambres musculares
Deficiencia de adenosin deaminasa 2 (DADA2) asociado a vasculopatía por poliarteritis nodosa. AR	ADA2	22q11.1	Ictus lacunares recurrentes o hemorrágicos	-Poliarteritis nodosa -Vasculitis de pequeño vaso -Fiebres recurrentes y lúcido en la infancia precoz -Hepatoesplenomegalia
Moyamoya familiar. AD o AR	ACTA2,MT CP1,	Múltiples incluido el X	Ictus isquémico o hemorrágico	-Cefalea -Eventos neurológicos

- 17 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

	RNF213			desencadenados por hipoperfusión -Telangiectasia -Alteración intelectual -Crisis -Estenosis u oclusión carotídea y porción proximal de las arterias cerebrales medias y anterior.
Vasculopatía retiniana con leucodistrofia cerebral (RCVL). AD	TREX1	3p21.31	Isquémicos	-Pérdida visual -Problemas cognitivos -Disfunción renal y hepática leve -Micronagiopatía retiniana
Progeria adulta (síndrome de Werner atípico). AD	LMNA	1q22	Isquémico o hemorrágico	-Baja estatura -Delgadez -Canas -Cara de pájaro -Aspecto miopático -Defectos en la conducción cardiaca -Lipoatrofia -Diabetes mellitus -Aterosclerosis -Osteoporosis -Envejecimiento prematuro
Síndrome de tortuosidad arterial	SLC2A10	20q13.12	Isquémico o hemorrágico	-Estenosis arteriales y tortuosas. -Aneurismas -Hernia diafragmática -Síndrome de distrés respiratorio infantil -hipermotilidad articular -Contracturas -Telangiectasias -Aracnodactilia -Escoliosis -Pectus excavatum/carinatum -Diverticulosis -Insuficiencia cardiaca congestiva
Síndrome de Carney (lentiginosis facial y mixoma). AD	PRKAR1A	17q24.2	Isquémico	-Pigmentación cutánea -Mixomas cardiacos y cutáneos -Tumores endocrinos -sobreactividad endocrina -Schwanomas
Enfermedad de Fabry. Recesiva	GLA	X	Isquémicas y hemorrágicas	-Acroparestias -Angioqueratomas

- 18 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

ligada al X				-Opacidad corneal -Hipohidrosis -Fallo renal y/o cardiaco
Migraña hemipléjica familiar	CACNA1A, ATP1A2, SCAN1	Múltiples	Isquémicos	Migraña con aura con alteración motora
Telangiectasia hemorrágica hereditaria (Síndrome de Rendu-Osler-Weber). AD	ACVRL1, ENG, GDF2, SMAD4	Múltiples	Isquémicos o hemorrágicos	-Telangiectasia -Malformaciones arteriovenosas en pulmones, hígado, intestinos y cerebro.
Homocystinuria. AR	MTHFR, MTR, MTRR, MMADHC	Múltiples	Isquémico	-Pobre crecimiento en la infancia -Alteración neuropsiquiátrica -Miopía -Luxación del cristalino -Osteoporosis -Enfermedad cardiovascular -Eventos tromboembólicos
Síndrome de Loeys-Dietz. AD	TGFBR1, TGFBR2, SMAD3, TGFBR2	Múltiples	Isquémico o hemorrágico	-Aneurisma aórtico -Tortuosidad arterial -Diseción arterial -Pectum carinatum o excavatum -Hiperlaxitud articular -Craneosinostosis -Ojos muy separados -Úvula bífida
Síndrome de Marfan. AD	FBN1	15q21.1	Isquémico o hemorrágico	-Luxación del cristalino -Cataratas -Miopía -Aneurisma aórtico -Diseción carotídea -Aneurismas cerebrales -Artritis -Pectus excavatum -Ectasia dural -Alta estatura
MELAS. Mitocondrial	Múltiples	DNA Mitocondrial	Episodios simuladores de ictus	-Debilidad muscular -Cefaleas migrañosas -Crisis epiléptica -Corta estatura -Sordera neurosensorial -Vómitos episódicos -Intolerancia al ejercicio -Diabetes mellitus -Cardiomiopatía -Retinitis pigmentosa
Neurofibromatosis tipo 1. AD	NF1	17q11.2	Isquémico o hemorrágico	-Neurofibromas -Manchas café con leche

- 19 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Glioma óptico</li> <li>-Pechas</li> <li>-Nódulos de Lisch</li> <li>-Dificultades de aprendizaje</li> <li>-Crisis epilépticas</li> <li>-Aneurismas cerebrales</li> <li>-Autismo</li> <li>-Hipertensión</li> <li>-Corta estatura</li> <li>-Macrocefalia</li> <li>-Anomalías esqueléticas</li> <li>-Síndrome de Moyamoya</li> </ul>
Pseudoxantoma elástico. AR	ABCC6	16q13.1	Isquémico o hemorrágico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Visión reducida</li> <li>-Vetas angioides retinianas</li> <li>-Pápulas amarillas en áreas flexoras</li> <li>-Piel elástica</li> <li>-Claudicación</li> <li>-Sangrado gastrointestinal</li> <li>-Dissección arterial.</li> </ul>
Mutación genética SAMHD1 asociada a vasculopatía cerebral	SAMHD1	20q11.22-q12	Isquémico o hemorrágico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alteración en el comportamiento</li> <li>-Estenosis multifocales y aneurismas en arterias cerebrales grandes</li> <li>-Morfología de Moyamoya</li> </ul>
Drepanocitosis. AR	HBB	11p15.5	Isquémico o hemorrágico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Anemia</li> <li>-Dolor episódico</li> <li>-Infecciones</li> <li>-Manifestaciones pulmonares, hepáticas y esplénicas.</li> <li>-Síndrome de Moyamoya</li> <li>-Ancestros africanos.</li> </ul>
Síndrome de Ehlers-Danlos	COL3A1	2q31	Isquémico o Hemorrágico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hipermotilidad articular</li> <li>-Subluxación y dolor.</li> <li>-Aneurismas cerebrales</li> <li>-Dissección</li> <li>-Corta estatura</li> <li>-Fragilidad intestinal y uterina</li> <li>-Contusiones</li> </ul>

Tabla traducida del artículo "Ischemic Stroke in Young Adults" [64]

AD: Autosómica dominante.

AR: Autosómica recesiva

DADA2: deficiencia de adenosin deaminasa 2

RCVL: Vasculopatía retiniana con leucodistrofia cerebral

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO  
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 18/05/2021 14:06:11

LILISBETH I. PERESTELO PEREZ  
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

19/05/2021 07:58:47

María de las Maravillas Aguiar Aguiar  
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

### 2.3.1 Clasificación etiológica

La clasificación etiológica más frecuentemente empleada en los ictus isquémicos, también empleada en este estudio, es la clasificación de Lausanne Stroke Registry adaptada por el comité del grupo de enfermedades cerebrovasculares de la Sociedad española de Neurología (SEN) [21].

#### Clasificación de Lausanne [21]:

- **Infarto aterotrombótico.** Aterosclerosis de arteria grande: Infarto generalmente de tamaño medio o grande, de topografía cortical o subcortical y localización carotídea o vertebrobasilar, en el que se cumple alguno de los dos criterios siguientes:
  - A. Aterosclerosis con estenosis: estenosis del 50% del diámetro luminal u oclusión de la arteria extracraneal correspondiente o de la arteria intracraneal de gran calibre (cerebral media, cerebral posterior o tronco basilar), en ausencia de otra etiología.
  - B. Aterosclerosis sin estenosis: presencia de placas o de estenosis <50% en la arteria cerebral media, cerebral posterior o basilar, en ausencia de otra etiología y en presencia de más de dos de los siguientes factores de riesgo vascular cerebral: edad >50 años, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo o hipercolesterolemia.
- **Infarto cardioembólico:** infarto generalmente de tamaño medio o grande, de topografía habitualmente cortical, en el que se evidencia, en ausencia de otra etiología, alguna de las siguientes cardiopatías embolígenas: un trombo o tumor intracardiaco, estenosis mitral reumática, prótesis aórtica o mitral, endocarditis, fibrilación auricular, enfermedad del nodo sinusal, aneurisma ventricular izquierdo o acinesia después de un infarto agudo de miocardio, infarto agudo de miocardio (menos de tres meses) o hipocinesia cardiaca global o discinesia.
- **Enfermedad oclusiva de pequeño vaso arterial:** infarto lacunar Infarto de pequeño tamaño (<1,5 cm de diámetro) en el territorio de una arteria perforante cerebral, que suele ocasionar clínicamente un síndrome lacunar en un paciente con antecedente personal de hipertensión arterial u otros factores de riesgo vascular cerebral, en ausencia de otra etiología.

- 21 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- **Infarto cerebral de causa rara:** infarto de tamaño pequeño, mediano o grande, de localización cortical o subcortical, en el territorio carotideo o vertebrobasilar en un paciente en el que se ha descartado el origen aterotrombótico, cardioembólico o lacunar. Se suele producir por trastornos sistémicos (conectivopatía, infección, neoplasia, síndrome mieloproliferativo, alteraciones metabólicas, de la coagulación, etc.) o por otras enfermedades, como disección arterial, displasia fibromuscular, aneurisma sacular, malformación arteriovenosa, trombosis venosa cerebral, angeítis, migraña, etc.
- **Infarto cerebral de origen indeterminado:** infarto de tamaño medio o grande, de localización cortical o subcortical, en el territorio carotideo o vertebrobasilar, en el cual, tras un exhaustivo estudio diagnóstico, han sido descartados los subtipos aterotrombótico, cardioembólico, lacunar y de causa rara, o bien coexistía más de una posible etiología. Dentro de esta etiología indeterminada se podrían plantear unas subdivisiones que aclararían mejor este apartado; estudio incompleto, más de una etiología y desconocida.

### 3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La clínica del ictus es muy variada, se producirá un déficit neurológico focal agudo con diferente sintomatología en función de donde se encuentre localizada la lesión isquémica o hemorrágica.

Una de las clasificaciones más empleadas para caracterizar clínicamente de forma general a los ictus isquémicos es la Clasificación de la Oxforshire Community Stroke. Esta clasificación permite conocer la severidad de los síntomas del paciente y correlacionarlos con la topografía implicada en el ictus. Es una clasificación que se emplea en la mayoría de estudios que versan sobre ictus y en la práctica clínica habitual [21].

#### 3.1 Clasificación de la Oxforshire Community Stroke

- **Infarto total de la circulación anterior o TACI** (total anterior circulation infarction). Cuando el déficit neurológico cumple los tres criterios siguientes:

- 22 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- Disfunción cerebral superior o cortical (afasia, discalculia o alteraciones visoespaciales)
- Déficit motor y/o sensitivo en al menos dos de las tres áreas siguientes: cara, extremidades superiores e inferiores
- Hemianopsia homónima
- **Infarto parcial de la circulación anterior o PACI (partial anterior circulation infarction).** Cuando se cumple alguno de los criterios siguientes:
  - Disfunción cerebral superior o cortical (afasia, discalculia o alteraciones visoespaciales)
  - Dos de los tres criterios de TACI
  - Déficit motor y/o sensitivo más restringido que el clasificado como LACI (déficit limitado a una sola extremidad)
- **Infarto lacunar o LACI (lacunar infarction).** Cuando no existe disfunción cerebral superior ni hemianopsia y se cumple uno de los siguientes criterios:
  - Síndrome motor puro que afecta al menos dos de las tres partes del cuerpo (cara, extremidades superiores e inferiores)
  - Síndrome sensitivo puro que afecta a dos de las tres partes del cuerpo (cara, extremidades superiores e inferiores)
  - Síndrome sensitivo motor puro que afecta al menos dos de las tres partes del cuerpo (cara, extremidades superiores e inferiores)
  - Hemiparesia-ataxia ipsilateral
  - Disartria-mano torpe
  - Movimientos anormales focales y agudos
- **Infarto en la circulación posterior o POCI (posterior circulation infarction).** Cuando se cumple alguno de los criterios siguientes:
  - Afectación ipsilateral de pares craneales con déficit motor y/o sensitivo contralateral
  - Déficit motor y/o sensitivo bilateral
  - Enfermedad oculomotora
  - Disfunción cerebelosa sin déficit de vías largas ipsilaterales (hemiparesia-ataxia)

- 23 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- Hemianopsia homónima aislada

En el caso de los ictus hemorrágicos, los síntomas neurológicos deficitarios se suelen acompañar de cefalea. Al igual que sucede con los ictus isquémicos, los hemorrágicos con gran extensión pueden llegar a provocar la muerte del enfermo, provocando una situación progresiva de somnolencia, coma y fallecimiento si no se remedia.

En el caso concreto de la hemorragia subaracnoidea, el cuadro clínico clásico es la triada de cefalea brusca, vómitos y rigidez de nuca [91]. La clasificación del estado clínico de las HSA se lleva a cabo mediante la escala de Hunt y Hess, clasificación que se muestra en la tabla 5.

**Tabla 5. Clasificación de Hunt y Hess**

Grado	Datos clínicos
<b>Grado I</b>	Consciente. Solo cefalea y leves signos meníngeos
<b>Grado II</b>	Cefalea, signos meníngeos intensos y pares craneales
<b>Grado III</b>	Somnoliento, confuso o leves signos focales
<b>Grado IV</b>	Estupor/coma, hemiparesia moderada o intensa, inicio de descerebración
<b>Grado V</b>	Coma profundo posturas de descerebración

#### **4. DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico en el ictus tiene dos vertientes, por un lado, está el diagnóstico en la fase aguda, con el fin de diferenciar si se trata de un ictus, y en caso de que así sea, diferenciar entre un ictus isquémico o hemorrágico; y por otro lado, el diagnóstico etiológico, con el fin de conocer qué ha causado este ictus.

##### **4.1 Diagnóstico en fase aguda**

Como se ha mencionado anteriormente, el ictus es una de las patologías que más discapacidad genera, dado el impacto que tiene esta patología en el individuo, se ha establecido el diagnóstico inicial del ictus como un objetivo prioritario en la mayoría de los sistemas de salud, organizado en este caso a través del “Código ictus” [54]. El objetivo final del código ictus es poder llevar a cabo el tratamiento más adecuado en la fase aguda del mismo, minimizando de esta manera las secuelas. Para poder tratar al paciente en

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

fase aguda, en las primeras 4 horas y media u 8 horas (12-24 horas según localización), es necesario que el engranaje del diagnóstico en esta fase funcione a la perfección.

El código ictus nace como una herramienta pre hospitalaria con el objetivo de reconocer de forma precoz y dotar de prioridad absoluta a los pacientes con sospecha de estar sufriendo un ictus, para poder ser trasladados con la mayor celeridad posible a un hospital con Unidad de Ictus. El ictus es una enfermedad compleja, que se beneficia de la atención por un neurólogo experto y asistencia especializada de forma inmediata [54]. Por este motivo, desde la SEN se promueve la asistencia a los pacientes con ictus en centros especializados con unidad de ictus o en hospitales de referencia. La atención aguda al ictus está organizada en gran parte de España y en concreto en la isla de Tenerife a través del “Código ictus”, como un procedimiento multidisciplinar pre hospitalario donde participan el 112, atención primaria, hospitales concertados y neurología del hospital de referencia, cuyo objetivo final es derivar al paciente que lo requiera lo antes posible a un centro con Unidad de Ictus u Hospital de referencia, el cual está basado en el reconocimiento precoz de signos y síntomas de un ictus [54]. El Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), cuenta con una unidad de ictus y neurólogo de guardia 24 horas para la asistencia de esta patología, entre otras. En este hospital se pueden llevar a cabo los tratamientos en fase aguda del ictus que se encuentran aprobados en el momento actual por la comunidad científica.

EL código ictus intrahospitalario consiste en continuar dotando de prioridad al paciente con sospecha de ictus, siendo valorado de forma inmediata por el neurólogo de guardia y realizándose las pruebas de imagen y de laboratorio necesarias con la máxima prioridad [54].

#### **4.1.1 Pruebas de imagen**

La principal herramienta para el diagnóstico del ictus es la anamnesis y exploración física, pero ésta debe de estar apoyada por una prueba de imagen, con el fin de diferenciar entre los conocidos como “Stroke mimics”, que se trataría de patologías que podrían simular un ictus, y para diferenciar entre si se trata de un ictus isquémico o hemorrágico.

- 25 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- **Tc craneal:** esta prueba es sin duda la más empleada en el diagnóstico agudo del ictus. Es una prueba accesible en la mayoría de servicios de urgencias hospitalarios y rápida de realizar. Con ella se permite diferenciar en un paciente con clínica compatible si se trata de un ictus isquémico o hemorrágico. Con los programas adecuados y en manos de personal experto, esta prueba permite además conocer datos de perfusión del ictus y el tejido potencialmente salvable.
- **Rm craneal:** esta prueba es más costosa y más lenta, pero a la vez más sensible y específica para la valoración del ictus. Tiene la ventaja de que permite analizar mejor el parénquima cerebral, puede valorarse de mejor manera todo lo relacionado con la temporalidad del ictus y el tejido potencialmente salvable. La desventaja de esta prueba es que es mucho más lenta de realizar que el Tc craneal, requiere personal experto para su realización e interpretación y no está disponible en la mayoría de los centros de urgencia hospitalarios.
- **Angio Tc craneal y de Troncos supraaórticos:** esta prueba permite analizar el árbol vascular cerebral y de los troncos supraaórticos, para conocer en el caso de un ictus isquémico si la clínica está causada por una oclusión al flujo en un vaso de gran calibre, y en el caso de los hemorrágicos, si éstos están provocados por un aneurisma u otra malformación vascular. Esta prueba se realiza en fase aguda en aquellos pacientes que son candidatos a revascularización mediante embolectomía.
- **Ecografía doppler transcraneal y de troncos supraaórticos:** esta prueba puede realizarse en fase aguda, con la misma finalidad que el angio Tc, pero con la ventaja de que no emite radiación ni requiere contraste, aunque con la desventaja de que es necesaria formación específica para la realización de la prueba, es más lenta que la anterior, requiere colaboración del paciente y no todos los pacientes tienen una anatomía favorable para la correcta visualización del árbol vascular.
- **Angiografía:** esta prueba se considera el gold estándar del estudio del árbol vascular, de forma sistematizada no se realiza a todos los pacientes con un ictus. En el caso de los ictus isquémicos se realiza en fase aguda en aquellos que son candidatos a trombectomía mecánica, y en el caso de los hemorrágicos, en las primeras horas se lleva a cabo con el fin de diagnosticar posibles aneurismas

- 26 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

causantes de la hemorragia subaracnoidea que hayan podido pasar desapercibidos mediante las técnicas de angio TC.

#### **4.1.2 Pruebas de laboratorio**

En fase aguda del ictus, la prueba de laboratorio de elección es la analítica sanguínea, mediante un hemograma y una bioquímica. El objetivo de la analítica es doble:

- **Diferenciar “stroke mimics”:** para ello es necesario la realización de una determinación de glucemia, puesto que una hipo o una hiperglucemia severa pueden desencadenar clínica compatible con un ictus, además de otras determinaciones básicas.
- **Descartar contraindicaciones para el tratamiento en fase aguda:** como por ejemplo plaquetopenia, o alteraciones en la coagulación.

#### **4.2 Diagnóstico no agudo**

Este diagnóstico se realiza una vez haya pasado la fase aguda del ictus, cuyo objetivo final es establecer el diagnóstico etiológico y si es posible pronóstico del ictus.

##### **4.2.1 Pruebas de imagen**

Las pruebas de imagen realizadas pueden ser las mismas que en la fase aguda, pero en este caso, el objetivo no sería el diferenciar si se trata de un ictus o no. No a todos los pacientes es necesario realizar de nuevo pruebas de imagen.

- **Tc craneal.**
- **Rm craneal:** esta es más frecuente que se realice en esta fase. El paciente con un IJ es más frecuente que se realice este tipo de prueba durante su estudio [81].
- **Angio Tc cerebral y de troncos supraaórticos:** en esta fase suele realizarse en caso de que no se llevara a cabo en fase aguda y si se objetivara alguna estenosis en el estudio mediante ecografía.
- **Ecografía doppler transcraneal y de troncos supraaórticos:** esta prueba suele realizarse en esta fase, con ella se intenta averiguar la etiología del ictus, llevar a cabo un estudio hemodinámico del árbol vascular, y valorar la presencia de ateromatosis o estenosis.

- 27 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- **Angiografía:** en esta fase la realización de la angiografía suele ser más frecuente en el caso de los ictus hemorrágicos, con el fin de estudiar aneurismas o malformaciones vasculares de otro tipo. En el caso de los ictus juveniles, suele realizarse en caso de que se sospechen vasculitis, disecciones arteriales, fibrodysplasia muscular, etc., aunque dado que es una técnica invasiva no exenta de complicaciones, suele realizarse si no se llega al diagnóstico mediante otras técnicas.
- **Radiografía de tórax:** permite el estudio de la silueta cardiaca, crecimiento de las mismas, calcificación del anillo mitral o aórtico, visualizar signos de fallo cardiaco o alteraciones pulmonares [91].
- **Ecografía de miembros inferiores:** en el caso de detectarse mediante estudio cardiológico o neurosonológico la presencia de un shunt derecha izquierda, con el fin de descartar un embolismo paradójico.

#### 4.2.2 Estudio cardiológico

- **Electrocardiograma (EKG):** este estudio se suele realizar en la fase aguda, con la finalidad de descartar arritmias cardiacas no conocidas u otro tipo de complicaciones cardiológicas tras el ictus.
- **Monitorización EKG:** es recomendable ingresar a los pacientes en unidades de ictus con monitorización continua de EKG, con el fin de diagnosticar arritmias no conocidas o valorar complicaciones cardiológicas.
- **Ecocardiografía transtorácica:** está indicada realizarla en pacientes con IJ, y en aquellos pacientes que tengan ictus no lacunares en los que el estudio de EKG y ecografía doppler de troncos supraaórticos resultara normal. A través de esta técnica se puede valorar la función ventricular, las cavidades cardiacas, la motilidad de las paredes cardiacas y la presencia de valvulopatías [91].
- **Ecocardiografía transesofágica:** ésta se lleva a cabo en los IJ cuando no se encuentra la causa del ictus, puesto que permite alorar mejor y es más sensible para detectar anomalías del septo interauricular, trombos auriculares, comunicaciones entre cavidades derechas e izquierdas, vegetaciones o placas de ateroma en la aorta [91].

- 28 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- **Holter EKG 72 horas:** en el caso de sospecha de ictus cardioembólico y en los IJ sin etiología conocida.

#### **4.2.3 Pruebas de laboratorio**

- **Hemograma y estudio de coagulación:** permite identificar anomalías relacionadas con desarrollo del ictus, como la poliglobulia, anemia, trombocitosis, leucocitosis, y la velocidad de sedimentación globular (VSG). La leucocitosis moderada y la elevación de la VSG ha demostrado empeorar el pronóstico del ictus [91].
- **Bioquímica:** se analiza el perfil lipídico, glucémico, ionograma y función renal. El estudio del estado nutricional mediante proteínas totales y albúmina también es importante, puesto que los pacientes con desnutrición tienen por pronóstico [91].  
Proteinograma.
- **Serologías:** especialmente de sífilis.
- **Anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico, niveles de homocisteína en sangre:** se realiza en caso de IJ.
- **Antitrombina III, proteínas C y R, anomalías en el factor V de la coagulación:** son determinaciones que se realizan en el IJ en caso de que no se encuentre causa [91].
- **Frotis de sangre periférica:** en caso de sospecha de drepanocitosis [91].
- **Determinación de drogas en orina:** en los IJ.
- **Estudio genético:** el estudio de trastornos monogénicos en los ictus juveniles es menor al 1%, probablemente estén infra diagnosticados. Según las características clínicas y radiológicas del enfermo, en determinados casos se puede realizar estudio genético, así como si hay historia familiar [21] [64].
- **Punción lumbar:** se realiza en caso de sospecha de infección, vasculitis del sistema nervioso central o en caso de sospecha de hemorragia subaracnoidea. [91].

- 29 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## 5. TRATAMIENTO

El tratamiento del ictus difiere entre si se trata de un ictus isquémico y un ictus hemorrágico, aunque, a diferencia de lo que sucede con la etiología y el diagnóstico, no existe diferencia según la edad del enfermo [75].

### 5.1 Tratamiento ictus isquémico

El tratamiento del ictus isquémico se divide en varias etapas, por un lado, el tratamiento en la fase aguda, por otro lado, la prevención primaria y por último la prevención secundaria.

#### 5.1.1 *Tratamiento en fase aguda*

Como se mencionó anteriormente, el objetivo de todo sistema de salud es el poder tratar los ictus en las primeras horas, por eso se estableció el “Código ictus”. El tratamiento en esta fase va a depender de las horas de evolución del ictus y de la localización de la obstrucción al flujo sanguíneo. Los tratamientos disponibles hoy en día son los siguientes [53] [91]:

- **Tratamiento de las medidas generales:** es importante mantener al paciente estable, tratando de forma precoz la aparición de signos que puedan disminuir la oxigenación cerebral, por ello debe monitorizarse la saturación de oxígeno, la hipertensión arterial, teniendo en cuenta que en la fase aguda del ictus es frecuente encontrar una hipertensión arterial, lo cual permite mantener una correcta presión de perfusión cerebral, motivo por el que no debe tratarse esta hipertensión si no es superior a 185/110 mmHg. Se debe evitar asimismo la hipertermia.
- **Fibrinólisis endovenosa:** es un tratamiento que solo se realiza si es posible iniciarlo en las primeras 4.5h desde el inicio de los síntomas y el paciente cumple unos criterios estrictos de inclusión que básicamente intentan evitar complicaciones de sangrado tras la administración del fibrinolítico. Consiste en la infusión de alteplasa, un t-PA recombinante, que se administra en forma de perfusión continua durante una hora.
- **Tratamiento de recanalización intraarterial:** se puede realizar este tipo de tratamiento mediante trombectomía. Se trata de un tratamiento invasivo,

- 30 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

mediante la realización de una arteriografía se lleva a cabo un procedimiento de extracción del trombo causante de los síntomas, con el objetivo de conseguir la reperfundición del árbol arterial. Para acceder a este tratamiento es necesario que la oclusión al flujo sanguíneo se encuentre en uno de los grandes vasos cerebrales, arteria carótida interna, cerebral media, basilar y ocasionalmente, arterias vertebrales. El margen de tiempo en estos casos es mayor, puede realizarse el procedimiento hasta las 8 horas de inicio de los síntomas, o en caso de que se trate de un ictus de fosa posterior puede llegar hasta las 24 horas si la clínica es fluctuante. La trombectomía puede considerarse primaria, en caso de que sea el único tratamiento realizado al paciente, sin fibrinólisis; o secundaria, si la trombectomía se realiza tras la fibrinólisis porque el vaso sanguíneo no se reperfundió tras el primer tratamiento.

- **Tratamiento antiagregante:** en pacientes que no han sido candidatos a tratamiento con fibrinólisis ni trombectomía mecánica se el tratamiento con ácido acetil salicílico ha demostrado disminuir las recidivas precoces y la mortalidad, así como ha mostrado un beneficio en la evolución de estos pacientes. En el caso de que el paciente se haya sometido a tratamiento revascularizador en fase aguda, fibrinólisis o trombectomía mecánica, el tratamiento con antiagregación se debe iniciar tras 24 horas del procedimiento salvo que existan contraindicaciones [21].

### 5.1.2 *Prevención primaria*

La prevención primaria de los pacientes está dirigida a modificar hábitos higiénico-dietéticos para conseguir unos objetivos en los factores de riesgo vascular. La antiagregación plaquetaria no ha demostrado beneficio en la prevención primaria del ictus en ausencia de factores de riesgo (población general). Aquellos pacientes que tienen un riesgo cardiovascular moderado deben cumplir los siguientes objetivos [91]:

- **Dislipemia:** Disminuir la ingesta de colesterol a menos de 300mg al día, para tener unos valores en sangre inferiores a 200mg/dl. En caso de que con la dieta no fuera posible obtener tales resultados, deberá iniciarse una estatina.
- **Abandono del tabaquismo**

- 31 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- **Hipertensión arterial:** debe mantenerse la presión arterial sistólica por debajo de 140mmHg en pacientes sin diabetes y 130mmHg en pacientes con diabetes, con una presión arterial diastólica inferior a 90 y 85 mmHg respectivamente.
- **Diabetes mellitus:** se deben conseguir glucemias basales entre 91 y 120mg/dl y hemoglobinas glicosiladas (HbA1c) inferiores al 7%.
- **Sedentarismo:** Caminar 30 minutos al día.

**5.1.3 Prevención secundaria**

Los pacientes que han sufrido un ictus isquémico tienen un riesgo de entre el 4 y 11% al año de sufrir un nuevo ictus, infarto de miocardio o muerte de origen vascular, por ello este tipo de pacientes deben llevar un control riguroso de los factores de riesgo vascular.

- **Hipertensión arterial:** se recomiendan cifras de presión arterial idénticas a las establecidas en la prevención primaria una vez pasada la fase aguda del ictus. Parece que el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los bloqueantes de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) son los más apropiados para este tipo de pacientes [91].
- **Dislipemia:** el objetivo es mantener el LDL por debajo de 100mg/dl y en pacientes diabéticos incluso por debajo de 70mg/dl, si no es posible con dieta debe emplearse estatinas, aunque el tratamiento con estatinas está recomendado en pacientes que han sufrido un ictus porque además de su función hipolipemiente ha demostrado disminuir el riesgo de recurrencia [2].
- **Diabetes mellitus:** el objetivo es mantener HbA1c por debajo del 7%
- **Antiagregación:** la antiagregación como prevención secundaria puede realizarse con diferentes fármacos:
  - **Ácido acetil salicílico (AAS):** es el antiagregante de elección, se recomienda el uso de este fármaco con dosis entre 100 y 300mg diarios, aunque no se han encontrado diferencias entre dosis más bajas y dosis más altas (30-1300mg) [21].
  - **Ticlopidina:** en los estudios iniciales demostró tener una reducción del riesgo relativo de ictus del 21% frente al AAS, pero sus efectos

- 32 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

secundarios, neutropenia, han hecho que no sea un fármaco empleados en la práctica clínica habitual [21].

- Clopidogrel: este fármaco se emplea a dosis de 75mg diarios, tiene mayor rapidez de acción y un beneficio absoluto superior al AAS. En la práctica diaria se emplea en caso de intolerancia al AAS o si el paciente ha sufrido un ictus estando ya tratado con AAS [21].
- Trifusal: se emplea en dosis de 300mg cada 12 horas, con una eficacia similar al AAS [21].
- Combinación AAS y clopidogrel: los pacientes con un ictus menor, se benefician de tratamiento combinado con doble antiagregación AAS y clopidogrel durante 21 días, así como aquellos con ictus transitorios de repetición [30].
- **Anticoagulación:** La anticoagulación está indicada en aquellos pacientes que tienen una cardiopatía embolígena, la más frecuente es la fibrilación auricular, en algunos casos de pacientes con disección arterial, puede ser también el tratamiento en pacientes con una placa de ateroma complicada, caos seleccionados de pacientes con foramen oval permeable y aneurisma del septo interventricular y en aquellos pacientes que presentan la anomalía carotídea “carotid web”, si no hay respuesta al tratamiento antiagregante [91]. No se ha demostrado beneficio del tratamiento anticoagulante en pacientes con ictus aterotrombóticos [21]. La anticoagulación se puede realizar con fármacos anti vitamina K (AVK) como la warfarina o el acenocumarol, o anticoagulantes de acción directa (ACOD) como el dabigatrán, rivaroxaban, apixaban o edoxaban, recientemente incorporados al arsenal terapéutico, pero restringido su uso a pacientes con una fibrilación auricular no valvular y que cumplan los siguientes criterios [57]:
  - Pacientes con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso acenocumarol o warfarina.
  - Pacientes con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) (excepto durante la fase aguda) en los que se valore que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico.

- 33 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- Pacientes con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED  $\geq 3$  y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/ o microsangrados corticales múltiples.
- Pacientes en tratamiento con AVK que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR. Entre otras opciones terapéuticas, los ACOD podrían representar una alternativa en estos pacientes.
- Pacientes que han iniciado tratamiento con AVK en los que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico.
- Imposibilidad de acceso al control de INR convencional
- **Endarterectomía o angioplastia carotídea:** este tipo de técnicas está indicada en pacientes con ictus establecidos o transitorios (AIT) que presenten una estenosis carotídea ipsilateral entre el 70 y 99%. En paciente con estenosis menores al 30% no está indicada la cirugía, y entre 30 y 70% podría estar indicada en situaciones especiales, como AIT de repetición, placa ulcerada o una oclusión de la carótida contralateral. La intervención debe llevarse a cabo a partir de los 15 días del ictus, aumentando más el riesgo de un nuevo ictus si se pasa de estos 15 días. Puede realizarse endarterectomía quirúrgica o angioplastia con interposición de un amalla protectora “stent”, siendo lo adecuado elegir la técnica según se tenga más experiencia y una tasa de complicaciones menor del 2%. Hay unas indicaciones que son específicas de la angioplastia con stent, como sería reestenosis de una endarterectomía carotídea, alto riesgo quirúrgico, estenosis postradioterapia, o por una displasia fibrosa, así como estenosis del segmento proximal de las arterias vertebrales, subclavia y tronco innominado [91].

## **5.2 Tratamiento ictus hemorrágico**

En los ictus hemorrágicos, el tratamiento difiere en función del tipo de hemorragia que sea.

- 34 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

### 5.2.1 Hemorragia intraparenquimatosa

- **Tratamiento médico:** El tratamiento es básicamente sintomático, mantener una buena oxigenación en el enfermo, intubando al paciente si fuera necesario, tratar de forma precoz la hiperglucemia y la hipertermia, analgesia para la cefalea y mantener una buena presión de perfusión cerebral, por lo que no se debe reducir excesivamente la presión arterial. El ingreso en habitaciones de unidad de ictus con enfermería adiestrada ha demostrado mejorar el pronóstico de estos pacientes. El tratamiento con antiepiléptico profiláctico no ha demostrado eficacia, solo debe tratarse en caso de crisis clínicas [91].
- **Tratamiento quirúrgico:** el tratamiento quirúrgico se lleva a cabo en aquellos pacientes que presentan complicaciones severas que puedan poner en peligro su vida, especialmente cuando el hematoma produce hidrocefalia con datos de herniación cerebral. En general, no se ha demostrado la superioridad del tratamiento quirúrgico frente al médico. El tratamiento quirúrgico es variado, según la complicación que esté provocando el hematoma, pudiendo realizarse [53][91]:
  - Evacuación del hematoma
  - Catéter intraventricular: lo cual permite la derivación de líquido cefalorraquídeo (LCR) y la medición de la presión intracraneal para mantenerla por debajo de 20 mmHg.

### 5.2.2 Hemorragia subaracnoidea

El tratamiento de la hemorragia subaracnoidea aneurismática es eminentemente quirúrgico, pero requiere tratamiento médico para su estabilización.

- **Tratamiento médico:** El objetivo de este tratamiento es mantener al paciente estable y evitar la aparición del vasoespasmo que complica la situación del enfermo, por lo que las medidas generales se deben respetar, mantener una buena oxigenación, evitar hiper e hipoglucemias e hipertermia. En este caso, la presión arterial si es recomendable disminuirla manteniéndola entre 100 y 140 mmHg. Se debe evitar en la medida de lo posible la aparición del vasoespasmo, por lo que se recomienda el tratamiento precoz del aneurisma. El tratamiento

- 35 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

del vasoespasmó incluye medidas farmacológicas, hemodinámicas y endovasculares [91]:

- Farmacológicas: tratamiento con nimodipino 60mg cada 4 horas.
- Hemodinámicas: se constituye el método de las HHH (hemodilución, hipervolemia y ligera HTA), aplicado este método de forma preventiva no ha demostrado eficacia, por lo que se tiende a emplear cuando el vasoespasmó ya está instaurado.
- Endovascular: mediante interposición de stent, pero esta medida es controvertida y los resultados de los estudios inconcluyente.
- **Tratamiento quirúrgico y endovascular:** el tratamiento quirúrgico puede ser orientado a la hemorragia subaracnoidea (HSA), o al aneurisma.
  - HSA: no todos los pacientes van a necesitar tratamiento quirúrgico solo por la HSA, pero en casos necesarios el tratamiento quirúrgico básico de la HSA es el drenaje ventricular, el cual se realiza cuando se produce una hidrocefalia y disminución del nivel de conciencia condicionado por la presencia de sangre en región ventricular. La hidrocefalia de aparecer suele hacerlo en el momento agudo, pero si persiste de pasada la fase aguda puede ser necesaria la colocación de una derivación ventricular o una ventriculostomía [91].
  - Aneurisma: el tratamiento del aneurisma roto puede ser mediante terapia endovascular o por cirugía abierta. El estudio que comparó ambas técnicas se mostró favorable hacia el tratamiento endovascular, puesto que demostró una reducción en la mortalidad y en la dependencia. A día de hoy, el tratamiento quirúrgico mediante el clipado de los aneurismas se deja para cuando no es posible llevar a cabo la terapia endovascular, donde mediante un acceso mucho menos agresivo se colocan unos muelles en el interior del aneurisma que finalmente consigue la formación de un trombo y la exclusión del mismo de la circulación [91].

- 36 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## **6. REHABILITACIÓN Y PRONÓSTICO**

La rehabilitación de los pacientes con ictus es una fase muy importante, puesto que esta parte es el complemento fundamental de todo el proceso, y permitirá volver a incluir al paciente en la sociedad de la mejor manera posible desde el punto de vista familiar, social y funcional. Este es un proceso multidisciplinar liderado por especialistas en neurología, en el que se incluyen otras especialidades como rehabilitación, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, psiquiatría y psicología, médicos de atención primaria, enfermeros y trabajadores sociales. Como se ha mencionado anteriormente, el ictus es la primera causa de discapacidad en el adulto, por eso la importancia de esta fase, durante todo el proceso del ictus se invierten recursos económicos, profesionales, de infraestructuras y personales para restablecer la función cerebral dañada, y en esta fase, más lenta y laboriosa, se trata de restablecerla en la vida de la mejor manera posible. El proceso del ictus se puede considerar como las piezas de un puzzle roto por la enfermedad, en una primera fase se ordenan, colocan y presentan las piezas de la mejor manera posible, y en esa segunda fase, se ensamblan y se presentan.

La rehabilitación tiene dos fases, una fase aguda o precoz que va desde el inicio del ictus hasta los 3 o 6 primeros meses, donde el objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente, disminuir las complicaciones y alcanzar el máximo de recuperación. Empíricamente, se sabe que es en los 3 primeros meses donde se consigue la mayor recuperación, aunque en algunos casos puede prolongarse. La siguiente fase es la fase de rehabilitación tardía, en la que el paciente ya se encuentra en la comunidad y consiste en evaluar la situación del enfermo y sus complicaciones, así como coordinar esta adaptación del paciente y la familia a su vida diaria [91].

Además de problemas físicos, los pacientes presentan problemas psicológicos como ansiedad, depresión, derivado de las secuelas físicas, además de la pérdida del rol familiar y social, así como de la posible pérdida económica, teniendo en cuenta que el 33% de los pacientes con ictus grave quedan incapacitados para trabajar [91].

Así como la fase aguda del ictus, de tratamiento, identificación y diagnóstico precoz, está muy estudiada, analizada y protocolizada, esta segunda parte ha quedado en un

- 37 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

segundo plano y no existe un plan específico para este tipo de pacientes en nuestra sociedad, y probablemente no se le esté dando la importancia que requiera.

En los IJ, esta fase cobra aún más importancia, puesto que se trata de personas que todavía tienen muchos años de vida por delante, años de vida productivos que se verán alterados si no se realiza adecuadamente [5]. Específicamente en lo que al IJ se refiere, se ha demostrado que el impacto socioeconómico de sufrir un ictus en este grupo de edad es superior al de pacientes ancianos, y no existe a nivel provincial un plan de actuación específico para este tipo de patologías desde el punto de vista físico, psíquico y social que busque como objetivo final reinsertar y dotar de la mayor autonomía posible a estos pacientes en la sociedad [45]. El pronóstico funcional a corto plazo de estos pacientes puede considerarse mejor que en ancianos, puesto que tienen menor mortalidad y mejor recuperación funcional, sin embargo, las probabilidades de separación, desempleo, fatiga, depresión y ansiedad son superiores en el IJ, probablemente en relación con el impacto psicosocial que el ictus provoca en este grupo de edad y esto es algo que no se está evaluando y probablemente tampoco atendiendo [19]. Algunos estudios de calidad de vida apuntan que, en el seguimiento del ictus, el funcionamiento social podría ser más importante que la función física en lo que a calidad de vida se refiere [22].

Comparando el IJ con el de personas mayores, podría establecerse que el IJ tiene mayor impacto económico, dada la disminución de los años de vida productivos que se pierde en éstos tras el ictus, así como la aparición de deterioro cognitivo, mayor riesgo de suicidio, depresión y ansiedad [79]. En cuanto a la vuelta a la vida laboral de estas personas, algunos estudios muestran que solo el 40% de estos pacientes son capaces de volver a su trabajo anterior y un tercio de ellos quedan con una incapacidad permanente para trabajar [75]. En el estudio publicado en "Stroke" en noviembre de 2019 de Hannah L. Jarvis et al [45], en el que se relaciona la vuelta al trabajo de pacientes que han sufrido un IJ con parámetros de movilidad al caminar, tanto temporales, espaciales y medidas de coste metabólico, se concluye que en este tipo de pacientes solo el 23% vuelven al trabajo, apuntado que el principal motivo por el que tienen dificultades para la vuelta al

- 38 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

trabajo y a sus actividades sociales se relaciona significativamente con la dificultad al caminar, especialmente con la lentitud en la marcha.

En relación a la vuelta al trabajo en pacientes que han sufrido un IJ, el estudio *“Return to work after ischemic stroke in Young adults”* de Aarnio K. et al publicado en 2018 [5], analiza qué porcentaje de pacientes tras un año de haber sufrido un IJ vuelven al trabajo, y qué factores están relacionados con esta vuelta, llevándose a cabo un estudio retrospectivo de 13 años sobre la población de Helsinki, aunque excluyó por criterio pacientes con ictus severos, analizando únicamente aquellos con una NIHSS menor o igual al 15 y únicamente ictus isquémicos. En este estudio se evidenció que el 37.6% no trabajaba tras un año y el 46.9% tras 5 años. Los factores relacionados con esta tasa de no vuelta al trabajo tras un año fueron el ser varón, el tipo de trabajo desempeñado, haber padecido un ictus extenso de circulación anterior, tener alto riesgo de cardioembolismo o ser de etiología rara o de causa indeterminada, tener moderada a severa afasia, moderada a severa paresia en las extremidades y moderada a severa alteración visual.

En consonancia al estudio anteriormente nombrado, uno de los factores que se relaciona significativamente con la vuelta al trabajo de estos pacientes, según sus autores, es la alteración en la motilidad [5].

Una complicación importante en este tipo de pacientes es la ansiedad y la depresión, Según el estudio de Marieke M. et al., de 2015 *“Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of life in patients receiving outpatient Stroke Rehabilitation”* [86] la prevalencia de depresión tras un ictus se ha estimado en un 33%, y se relaciona con factores como la edad, limitaciones funcionales, gravedad del ictus, apoyo familiar y estatus socioeconómico. En este estudio se trata de analizar la relación entre el afrontamiento y las estrategias de resolución de problemas y la calidad de vida en pacientes que reciben un programa de rehabilitación al alta tras un ictus, concluyendo que entrenar a los pacientes en herramientas efectivas para la resolución de problemas, mientras participan en los programas de rehabilitación, podría ser beneficioso para mejorar tanto la calidad de vida como los síntomas de depresión [86].

- 39 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

En el estudio DEPRESS (*Depresion Predictor after Ischemic Stroke*) [36] se busca encontrar los factores predictores del desarrollo de depresión en los primeros 6 meses tras haber sufrido un ictus, concluyendo que el sexo femenino, la historia previa de depresión, el padecer una gran discapacidad física, la presencia de llanto patológico, el haber sufrido un ictus anterior, y el hecho de haber tenido un evento vital estresante en el mes previo al ictus, son factores predictores de sufrir un síndrome depresivo. Éstos apuntan que, si se conocen los síntomas previamente, se podrán tratar de forma precoz y mejorar la evolución [36].

### **7. CALIDAD DE VIDA**

Según Shumaker y Naughton, la calidad de vida es la “*evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de la vida y que esto se refleje en su bienestar general*” [80]. Existen múltiples definiciones sobre calidad de vida, y no hay un consenso claro sobre cuál es la más apropiada, pero múltiples autores teorizan sobre una base común.

El concepto de salud fue acuñado por la Organización Mundial de Salud en 1948 como aquel “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”. De forma histórica, los estudios médicos han estado dirigidos a encontrar especialmente “la ausencia de enfermedad”, pero cada vez en más frecuente que se intente relacionar esa ausencia de enfermedad con algo fundamental que es la primera parte de la definición, como es el “completo bienestar físico, mental y social”, estudiándose a través de los estudios en calidad de vida.

El concepto de calidad de vida y de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) no está claramente diferenciado, de hecho, para algunos autores ambos son equivalentes, y para otros, la calidad de vida relacionada con la salud se encuentra englobada por el concepto de calidad de vida, más genérico. Sin embargo, la mayoría de autores sí que separa ambos conceptos, y relaciona la CVRS con el campo de la medicina [80].

- 40 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

Según Testa [80], las ventajas de medir la CVRS están en que permite describir una condición o estado de salud, señalar cambios en el funcionamiento del paciente, establecer un pronóstico o las normas de referencia [80].

Los instrumentos para medir la CVRS han sido diseñados para medir el estado de salud desde el punto de vista del paciente y normalmente incluyen varias dimensiones o roles: físico, social, funcional, mental y de percepción general de salud [22]. Existen múltiples escalas o cuestionarios capaces de medir esta CVRS, encontrándose tanto, cuestionarios genéricos, que tienen la ventaja de poderse aplicar a cualquier paciente con cualquier patología, y otros cuestionarios que son específicos de patologías concretas, aunque no todas las patologías presentan este tipo de cuestionarios. El cuestionario general más empleado es el EuroQoL-5D-5L, por ser el más sencillo de administrar al paciente y fácilmente entendible en sus 5 dimensiones o roles.

La CVRS en los pacientes con ictus no es un concepto ampliamente estudiado y mucho menos en el subgrupo de IJ, especialmente en un seguimiento a largo plazo. Tal y como se ha comentado anteriormente, los pacientes que han sufrido un IJ, tienen mayor probabilidad de separación y desempleo y muy a menudo desarrollan ansiedad, depresión, fatiga, entre otros problemas [19].

Al inicio del planteamiento de este estudio, no existían estudios publicados sobre el IJ y la CVRS, sin embargo, recientemente se ha publicado un estudio en el que se mide la CVRS con cuestionarios como el "World Health Organization Quality of Life scale" (WHOQOL-BREF 26), "Fatigue Assessment Scale" (FAS) y el "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) [19], relacionando ésta con factores psicosociales, de forma retrospectiva y prestando especial atención a la ansiedad y depresión, limitando la inclusión de los pacientes a más de 24 horas del ictus, en el que se excluyen pacientes tratados en fase aguda. En este estudio se evidencia que la depresión se relaciona con el empeoramiento de los dominios de los cuestionarios de CVRS relacionados con el rol físico y psicosocial y los pacientes con fatiga se asocian a ansiedad y depresión. En este

- 41 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

estudio no encontraron diferencias en la calidad de vida de los pacientes con ictus y los controles.

En este sentido, el presente estudio, pretende explorar con una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa), la relación entre la CVRS y el IJ, dada la creciente incidencia del IJ en los últimos años asociado a la mayor importancia que han adquirido los estudios en resultados de salud en general, y sobre los resultados percibidos como la CVRS en particular, donde no solo es importante sobrevivir al ictus, sino las consecuencias que tiene en la vida de la persona, así como el impacto socioeconómico que esto supone.

#### **8. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA**

Como se ha mencionado anteriormente, el IJ es una patología de gran importancia, siendo en general una patología con una gran incidencia y una de las primeras causas de discapacidad. El IJ, es una patología que ha aumentado su incidencia en los últimos años situación que es alarmante, debido a las consecuencias que esto pueda generar. A día de hoy, no existe ningún estudio que analice la **CVRS y el impacto socioeconómico (costes directos e indirectos)** en este grupo de pacientes.

Como sucede en otras patologías, en el caso del IJ, los esfuerzos de esta patología están destinados a que el paciente sufra las menores secuelas posibles, a que se le trate lo antes y mejor posible y se diagnostique a tiempo para evitar recurrencias y/o empeoramiento progresivo. Sin embargo, una vez que esta fase ha pasado, y estas secuelas se han instaurado, estos pacientes a día de hoy, pasan a formar parte de un "limbo" médico y social al que no se le ha dado la suficiente importancia. Tanto es así, que hay muy pocos estudios que analicen la situación en la que se queda este paciente, si es capaz o no de volver a su vida previa, y si es capaz o no de valerse social, laboral, familiar y económicamente por sí solo. Afortunadamente, los pacientes con IJ tienen menos secuelas físicas y mejor pronóstico que los ictus en ancianos, pero no todo el problema que pueden tener estos pacientes es físico, no hemos de olvidar que son pacientes que se encuentran activos laboralmente y que tienen muchos años de vida laboral por delante. Por otro lado, tampoco es lo mismo un estudio de este tipo en

- 42 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

pacientes con ictus en general, que en este subgrupo de pacientes, puesto que, por ejemplo, una alteración ejecutiva leve en un paciente anciano jubilado lo más probable es que pase desapercibida, sin embargo, esto mismo en un IJ puede hacer que no pueda volver a realizar su trabajo, o no lo pueda realizar de la misma manera, sin embargo, esto no solo no está medido sino que no está recibiendo la atención social adecuada. Un ejemplo práctico a esto podría ser un médico jubilado que sufre un ictus y tiene como secuelas una hemiparesia leve, podría continuar la vida que estaba haciendo hasta el momento, con alguna limitación; sin embargo, un médico de 40 años sufre un ictus y se queda sin secuelas físicas, y podría no volver a ejercer su profesión de la misma manera que antes, o no volverla a ejercer, porque podría tener una alteración ejecutiva por ejemplo, que no le permitiera afrontar los problemas del día a día de forma eficaz. Sin embargo, esto último no queda reflejado, ni medido, ni suficientemente estudiado.

En este momento, no existen escalas específicas para valorar la calidad de vida en el IJ, y siendo tan importante conocer la situación real del enfermo y posibles alteraciones que estas escalas no midan. En este sentido, este estudio se complementa con un estudio cualitativo que nos permita conocer todas estas necesidades y situaciones no percibidas hasta el momento, desde la perspectiva de los pacientes que han sufrido un IJ.

Adicionalmente, es importante destacar que en el Servicio Canario de la Salud no existe hasta el momento un protocolo específico para pacientes que han sufrido un IJ, por lo que con este trabajo se pretende, además de conocer los problemas reales que tienen estos pacientes, ofrecer información sobre la situación de estos pacientes cuando son dados de alta hospitalaria, en los que se requiere de una atención multidisciplinar para reinsertarse lo mejor posible en una vida familiar, social y laboralmente activa.

### **9. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

El IJ provoca un importante impacto económico, social y sobre la CVRS que sobrepasa las capacidades de los sistemas de cuidado sanitarios y sociales de carácter público, comprometiendo de esta manera las capacidades de productividad, del paciente y de sus familias para hacer frente a la pérdida de autonomía.

- 43 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## OBJETIVOS

### 1. OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de este estudio es conocer el impacto de haber sufrido un IJ en población entre 18 y 50 años, abarcando tanto el impacto en la CVRS, como el impacto socioeconómico que esta patología supone para el paciente.

### 2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Valorar la relación de los antecedentes personales con la CVRS tras el IJ.
- Analizar la etiología más prevalente y su relación con la CVRS.
- Conocer la relación de la localización cerebral y tipo de IJ con la CVRS.
- Analizar el nivel de afectación sobre las diferentes dimensiones de la CVRS en pacientes con IJ.
- Relación de los tratamientos específicos empleados en el ictus agudo sobre CVRS. Con énfasis en las diferentes opciones terapéuticas.
- Estudio sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con IJ y su relación con la CVRS.
- Analizar la incorporación a la vida laboral y su relación con la CVRS.
- Conocer el impacto socioeconómico de sufrir un IJ en la etapa de post-hospitalización.
- Conocer desde la perspectiva de los pacientes las necesidades de cuidados y de información percibidas satisfechas y no satisfechas por los pacientes con IJ, haciendo especial hincapié en aquellas que tienen relación con la CVRS y han sido alteradas.
- Conocer desde la perspectiva de los pacientes que les preocupa, como se sienten, como ha cambiado su vida, posibles alteraciones cognitivas, la percepción del dolor y en que no han recibido apoyo por parte del sistema sanitario tras haber sufrido un ictus

- 44 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

## METODOLOGÍA. MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. DISEÑO Y MUESTRA

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo con métodos mixtos y complementarios a través de una investigación cuantitativa y cualitativa, en el que se incluyeron pacientes entre 18 y 50 años que habían sufrido un ictus agudo, isquémico o hemorrágico, y que fueron ingresados en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC) entre los años 2016 y 2017. Para la selección de los participantes se ha establecido el límite superior en los 50 años de edad al tratarse del límite superior de gran parte de los estudios publicados [5] [75]. En éste, también se ha acotado la edad inferior a 18 años, al considerarse únicamente las edades de población no pediátrica puesto que la etiología, evolución y medidas de la CVRS en población pediátrica dista de ser semejante a la de los adultos.

El HUNSC es un hospital de tercer nivel que abarca el área de salud de la capital de la isla, la zona sur y las islas no capitalinas de La Gomera y El Hierro, considerándose una población de más de medio millón de habitantes [34]. Así mismo es el único hospital de la isla que posee Unidad de Ictus.

Para el estudio cuantitativo, se seleccionaron los pacientes directamente desde el censo hospitalario del HUNSC, de la base de datos propia del servicio de Neurología y a través del servicio de codificación hospitalaria empleando los siguientes códigos de la clasificación CIE-10: I63.9, I62.9, I61.9, I61.4, I61.2, I61.1, I61.0, I61.3, I60.9.

#### 1.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con ictus agudo ingresados en el HUNSC (2016-2017)
- Edad entre 18 y 50 años
- Aceptación de participación en el estudio

#### 1.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con trastorno específico del lenguaje que no les permitiese la comprensión de las encuestas y la realización de las mismas y que no tuviesen algún familiar o cuidador que les ayudase a contestar los cuestionarios.

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- Residentes en el extranjero en el momento de las encuestas.
- Pacientes ilocalizables.
- Pacientes con IJ que rechazaran voluntariamente la participación en el estudio.

Dada la importancia y trascendencia del trastorno del lenguaje en los pacientes que sufren un IJ, y la ausencia de estudios al respecto, se intentó que este tipo de pacientes participasen en el estudio con el fin de poder analizarlos, por lo que se aceptó la participación de “proxis” en aquellos que los tuvieran, entendiéndose como un familiar o allegado capaz de contestar por el paciente como si se tratase de las respuestas del paciente. En este sentido se incluyó también a los pacientes que tras un año del ictus hubiesen mejorado su trastorno del lenguaje lo suficiente como para responder las encuestas.

El estudio se diseñó con una metodología mixta complementaria, cualitativa y cuantitativa.

El tipo de muestreo que se empleó en la investigación cualitativa fue un muestreo teórico, obteniéndose los pacientes con unos determinados criterios, de la muestra cuantitativa. Se calculó que inicialmente se entrevistarían a 10 pacientes estableciéndose grupos muestrales según la condición que cumplan los pacientes.

Para el estudio cualitativo, a través de entrevistas semi-estructuradas, se llevó a cabo un muestreo teórico, en el que se estimó inicialmente entrevistar a 10 pacientes con IJ que cumplieran con los siguientes criterios de selección:

- Haber recibido tratamiento mediante fibrinólisis o trombectomía en la fase aguda del ictus.
- No haber sido candidatos a tratamiento en fase aguda del ictus.
- Pacientes con ictus hemorrágico.
- Pacientes con alteración del lenguaje y que en el momento del estudio pudiesen llevar a cabo la entrevista.

- 46 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

Se excluyeron pacientes que por problemas físicos o psíquicos no pudieran realizar la entrevista semiestructurada y aquellos que no consintieran participar.

Al tratarse de un estudio prospectivo sobre una enfermedad de baja incidencia, realizado como parte de un proyecto de tesis doctoral con un tiempo limitado para la realización de la misma, así como, fundamentalmente, al tratarse de un estudio únicamente descriptivo se optó por incluir a todos los pacientes de un periodo de tiempo, en este caso, dos años, por lo que no se incluyeron pacientes en función de un tamaño muestral previamente determinado.

## **2. MEDIDAS DE RESULTADOS**

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo con métodos mixtos y complementarios a través de una investigación cuantitativa y cualitativa.

### **2.1 Estudio cuantitativo**

Mediante dos entrevistas, realizadas a los seis y doce meses tras el ictus, se aplicaron cuestionarios a los pacientes con IJ que cumplían los criterios de inclusión, los cuales permitieron analizar todos los objetivos del estudio, tanto la CVRS, el estado neurológico, la salud mental del paciente y su estado socioeconómico.

En las dos entrevistas realizadas se administraron los siguientes cuestionarios:

#### **2.1.1 Cuestionarios sobre calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**

##### **2.1.1.1 EuroQol de 5 dimensiones (EQ-5D)**

El EQ-5D es una escala simple, genérica, internacional y estandarizada que permite medir y valorar la CVRS. Dicha escala se puede utilizar para obtener datos de forma auto administrada, por correo o por entrevista personalizada o telefónica, proporcionando un perfil descriptivo y una valoración del propio estado de salud [23] [39].

Una de las ventajas de esta escala es que es bastante simple, presentando cinco dimensiones básicas: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión; con el número mínimo de niveles en cada dimensión,

- 47 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

tres. Con esto se puede generar un índice el cual permite cuantificar los estados de salud, así como analizarlos y compararlos con otros estudios.

Además de las cinco dimensiones anteriormente descritas, la escala plantea una pregunta del estado de salud comparado con el año anterior y una escala analógica visual del mejor estado de salud en el momento de la encuesta, denominado “*termómetro EuroQol de autovaloración del estado de salud*”, el cual va de 0 “peor estado de salud imaginable” a 100 “mejor estado de salud imaginable”.

La puntuación de los cuestionarios con sus valores, donde cada respuesta de cada dimensión recibe el valor 1, 2 o 3 en función de la graduación de la misma, permite realizar una combinación lo cual lleva a poder generar hasta 243 estados de salud diferentes. Posteriormente, estos valores deben ser recodificados según las instrucciones del manual de usuarios, donde al mejor estado de salud posible se le asigna el valor 1, siendo necesario restar una constante diferente en función de los cambios de los distintos estados de salud, de tal manera que cuanto más se aleje del 1 el resultado de esta recodificación, peor es el estado de salud.

#### **2.1.1.2 Cuestionario de salud SF-36**

El SF-36 fue desarrollado para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de 36 preguntas agrupadas en ocho escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental, un ítem de evolución de la salud y dos componentes: físico y mental. Esta escala proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente, puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas [41].

El SF-36 está diseñado para ser auto-administrado, administrado por teléfono, o administrado durante una entrevista presencial con encuestados de 14 o más años de edad. Este cuestionario fue elaborado inicialmente para su uso en Estados Unidos, siendo traducido posteriormente y adaptado al castellano a través del *International Quality of Life Assessment (IQOLA)* (Evaluación internacional de la calidad de vida) [41].

- 48 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

La puntuación inicial de los cuestionarios administrados en este trabajo fue recodificada siguiendo las instrucciones del manual de usuario [41], con la finalidad de que esta escala pueda ser interpretada y comparada con otros estudios en caso necesario. Para realizar esta recodificación se siguieron los siguientes pasos:

1. Introducción de datos
2. Recodificar los valores de los ítems fuera del recorrido como ausentes
3. Invertir la puntuación y/o recalibrar puntuaciones para diez de los ítems
4. Recodificar las respuestas ausentes con sustitución de medidas donde esté justificado
5. Calcular las puntuaciones de las escalas crudas
6. Transformar las puntuaciones de las escalas crudas en una escala de 0 a 100 (0 el peor estado y 100 el mejor estado) [11].
7. Comprobar las puntuaciones.

Los ítems y las escalas del SF-36 están puntuadas de forma que, a mayor puntuación, mejor es el estado de salud. En la tabla 6 se muestra el significado de las puntuaciones de la escala SF-36 separada por sus dimensiones [84].

**Tabla 6: Significado de las puntuaciones de la escala SF-36 según las dimensiones**

Dimensión	Peor puntuación (0)	Mejor puntuación (100)
<b>Función física</b>	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas, incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a su salud
<b>Rol físico</b>	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
<b>Dolor corporal</b>	Dolor muy intenso o extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
<b>Salud general</b>	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
<b>Vitalidad</b>	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
<b>Función social</b>	Interferencia externa y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debida a problemas físicos o emocionales

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

<b>Rol emocional</b>	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
<b>Salud mental</b>	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
<b>Ítem de transición de la salud</b>	Cree que su salud es peor ahora que hace un año	Cree que su salud general es mejor ahora que hace un año

*Tabla extraída del artículo "The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments" [84]*

**2.1.2 Cuestionarios sobre estado neurológico y dependencia funcional tras el ictus:**

**2.1.2.1 Escala NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)**

Esta escala es fundamental en todas las unidades de ictus, siendo la escala básica en todo paciente que ha sufrido esta patología. Se trata de una escala que realiza el neurólogo y permite monitorizar la evolución de la exploración física del paciente con ictus, realizándose tanto en fase aguda como durante el seguimiento del paciente. Se trata de una escala que permite correlacionar la puntuación de la misma con el tamaño de la lesión cerebral [11].

La escala se compone de 15 ítems que evalúan: nivel de conciencia, visión, movimientos extra oculares, paresia facial, fuerza en las extremidades, ataxia, sensibilidad, lenguaje y habla. Cada uno de estos ítems se gradúa en función de la gravedad del déficit neurológico. El resultado final de la escala es la suma de cada uno de los ítems siendo peor el estado neurológico cuanto mayor es el resultado de la suma.

**2.1.2.2 Escala de Rankin modificada (Rankin-m)**

Es una de las escalas más empleadas para cuantificar la discapacidad en pacientes con un ictus. Esta escala tiene la ventaja de que es bastante sencilla con 6 únicas posibilidades que decide el neurólogo en función de la discapacidad del paciente, y puede ser cambiante, por lo que se realiza en varias ocasiones a lo largo de la evolución. La escala va desde la mejor situación posible que es 0 puntos donde el paciente está asintomático, hasta 6 puntos que indica la muerte del paciente [11].

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

### **2.1.3 Cuestionarios sobre la salud mental**

#### **2.1.3.1 Escala Hamilton de Ansiedad**

Se trata de una escala que permite evaluar el nivel de gravedad de la ansiedad. La escala está compuesta por 14 ítems relacionados con signos y síntomas de ansiedad, los cuales se puntúan de 0 a 4 en función de la intensidad y la frecuencia de los síntomas, siendo 0 “ausente” y 4 “muy incapacitante”, dando un resultado final que es la suma de estas puntuaciones, permitiendo incluso puntuar de forma diferenciada la ansiedad psíquica, compuesta por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14 y ansiedad somática, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13.

Inicialmente la escala no fue creada para tener puntos de corte y diferenciar entre pacientes con o sin ansiedad, sino para evaluar la respuesta en el tiempo a una determinada intervención [11] [16]. Sin embargo, con el paso del tiempo han sido publicados diversos estudios que establecen puntos de corte para establecer el grado de ansiedad. En este estudio se utilizan los siguientes puntos de corte 0-7 puntos: No o mínima ansiedad; 8-14 puntos: ansiedad leve; 15-23 puntos: ansiedad moderada; 24 puntos o más: ansiedad severa [55].

#### **2.1.3.2 Escala Hamilton de Depresión**

Esta escala evalúa el nivel de gravedad de la depresión. La escala inicialmente constaba de 24 ítems que se han ido reduciendo a 21 y finalmente a 17 ítems, siendo esta última escala la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, habiendo sido validada ésta al castellano. Cada uno de estos ítems tiene diferentes opciones de respuesta que se puntúan de 0-2 o 0-4 en función de la pregunta, oscilando la puntuación global entre 0 y 54 puntos, obteniéndose ésta por la suma aritmética de todas las respuestas [11] [13] [17].

Aunque la escala no fue elaborada para tener puntos de corte, diversos investigadores a lo largo del tiempo han propuesto distintas clasificaciones que se emplean para establecer puntos de corte en ensayos clínicos. En este estudio se ha utilizado la propuesta de Vázquez C. (1995) que propone los siguientes puntos de corte [11] [17] [37]:

- Sin depresión: 0-6
- Depresión ligera: 7-17

- 51 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- Depresión moderada: 18-24
- Depresión grave: 25-52

### **2.1.3.3 Cuestionario general de salud 12 preguntas (GHQ-12)**

El cuestionario general de salud fue creado para medir trastornos psiquiátricos afectivos sin afectación psicótica como método de cribaje de individuos en riesgo, que posteriormente requieran un examen psiquiátrico formal [11]. Principalmente sirve para detectar la presencia de depresión, ansiedad, desajuste social e hipocondría [42]. Inicialmente el cuestionario constaba de 140 ítems y éstos se han ido reduciendo hasta el actual, y que es el que se emplea en este estudio, que es la versión reducida de 12 ítems [31].

El cuestionario hace referencia a la situación de salud actual, con preguntas referenciadas a los últimos 30 días, con cuatro opciones de respuesta a cada pregunta. Las respuestas de los pacientes deben de ser recodificadas en valores para así poder establecer una conclusión final en la que el paciente tiene o no un trastorno mental. El método de recodificación consiste en asignar el valor de "0" a los pacientes que tengan de respuesta la 1 o la 2, y el valor de "1" a aquellos que contesten las respuestas 3 o 4. Finalmente se suman los valores recodificados de las 12 preguntas y se establece como punto de corte una puntuación mayor o igual a 3 para considerar que el paciente puede tener un posible trastorno mental o no [31] [42].

### **2.1.4 Cuestionario sobre el impacto socioeconómico**

#### **2.1.4.1 Adaptación propia de escala BURQOL-meter**

La escala de BURQOL se obtuvo tras el proyecto europeo "BURQOL-RD" realizado para conocer el impacto socioeconómico y de la calidad de vida en enfermedades raras. De este proyecto no solo se conoció este impacto y la calidad de vida de las enfermedades estudiadas, sino que además se elaboró un instrumento de medida mediante un cuestionario. Dicho cuestionario se encuentra separado en cuatro partes: uso de recursos, CVRS, discapacidad y datos demográficos [7].

Tomando como base el cuestionario de este estudio sobre Esclerodermia, facilitado por

- 52 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

el Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud, se adaptó dicho cuestionario a la patología del IJ, para así poder analizar el empleo de recursos de pacientes con esta patología.

**2.2 Estudio cualitativo:**

A través de un estudio cualitativo, haciendo uso de entrevistas en profundidad, se analizaron las necesidades de cuidados y de información percibidas satisfechas y no satisfechas, haciendo especial hincapié en aquellas que tienen relación con la CVRS y han sido alteradas tras la enfermedad. El estudio cualitativo se llevó a cabo con un enfoque teórico metodológico fenomenológico [4], siendo los pacientes quienes contaron sus vivencias tras haber sufrido un ictus, mediante una entrevista abierta semiestructurada.

**3. PROCESO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.**

**3.1 Estudio Cuantitativo.**

Los pacientes fueron evaluados por un neurólogo con cuestionarios administrados por teléfono o presencialmente en aquellos pacientes que lo deseaban, o en los que además fue necesario realizar exploración física. Inicialmente los cuestionarios fueron administrados únicamente de forma presencial, aunque la baja participación obligó a desarrollar otras estrategias, siendo la vía telefónica la preferida por los pacientes. Los datos de los pacientes fueron recogidos en formato papel y posteriormente fueron transcritos en una base de datos para finalmente ser analizados con el programa estadístico SPSS®.

**3.2 Estudio Cualitativo.**

El estudio cualitativo se llevó a cabo a través de entrevistas presenciales con los pacientes, de aproximadamente una hora de duración. La recogida de datos se realizó mediante dos dispositivos grabadores, un teléfono móvil con grabación y una grabadora digital, así como mediante notas en cuaderno de notas y bolígrafo. Además, se realizó un test cognitivo, *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA), con el fin de demostrar la correcta función cognitiva del paciente entrevistado. Posteriormente se transcribieron

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

estos datos grabados a formato escrito y fueron analizados manualmente.

La recogida de información de los pacientes se realizó en cuatro etapas:

- **Durante el ingreso y al alta:** Se obtuvieron datos demográficos, estado civil, profesión, antecedentes personales y factores de riesgo vascular, antecedentes de cardiopatía, fibrilación auricular, ictus previo y migraña, consumo de sustancias, antecedentes de depresión, tratamiento actual en el momento del ingreso, tratamiento con anticonceptivos hormonales en el caso de las mujeres, escala de Rankin modificada al ingreso y al alta, tiempos de actuación en el ictus, fecha de ictus, llegada a urgencias, realización de prueba de imagen, ingreso en neurología y fecha de alta, servicio de ingreso, destino del paciente al alta, escala NIHSS a la llegada y al alta, intervenciones quirúrgicas realizadas, resultados de la ecografía de troncos supraaórticos, transcraneal y del estudio cardiológico así como el tipo de ictus, clasificación, etiología y tratamiento efectuado en fase aguda y tratamiento antiagregante, anticoagulante o antidepressivo en el momento del alta y enfermedades posiblemente relacionadas con el ictus.
- **Primera entrevista:** Se realizó a los 6 meses de haber sufrido el ictus, donde se volvió a calcular el Rankin modificado y la escala NIHSS si no se encontraba calculado por el neurólogo que realiza la visita en consultas a los 6 meses. Se recogió información sobre el tratamiento farmacológico, así como posibles cambios en la situación laboral o personal en los meses desde el alta hospitalaria. Se aplicaron además los siguientes cuestionarios auto administrados:
  - EuroQol 5D
  - SF-36
  - Cuestionario de salud general GHQ 12
  - Escala Hamilton de ansiedad
  - Escala Hamilton de depresión
  - Adaptación de la escala BURQOL-mete.

- 54 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- **Segunda entrevista:** se realizó a los 12 meses de haber sufrido el ictus (con las mismas escalas y cuestionarios de la primera visita), así como nueva valoración del uso de recursos sociosanitarios a través de BURQOL-meter.
  
- **Entrevista línea base:** entrevista tras haber obtenido la muestra completa. Fue la última entrevista que se realizó. Se trata de la entrevista cualitativa. El objetivo de la entrevista ha sido identificar las necesidades en la atención al ictus que impactan en la CVRS. A estos pacientes se les realizó una entrevista semi-estructurada con preguntas dirigidas a explorar información acerca de la CVRS y del proceso asistencial, con el fin de conocer las necesidades de información y cuidado satisfechas y no satisfechas durante el proceso asistencial. Para llevar a cabo esta entrevista se estableció el guion que se muestra a continuación para el entrevistador. Durante las primeras entrevistas una paciente planteó la idoneidad de introducir durante el ingreso la figura de un “padrino” que aportase su experiencia al paciente, por lo que se incorporó como pregunta en el resto de entrevistados.
  - **Temas principales:**
    - Situación laboral actual.
    - Situación familiar.
    - Situación actual tras haber sufrido un ictus.
    - Secuelas y relación de estas secuelas con su situación actual.
    - Papel del dolor tras haber sufrido un ictus.
    - Papel de la alteración cognitiva.
    - Percepción de la atención recibida durante y después de haber sufrido un ictus.
    - Percepción de la información del proceso.
    - Propuestas de mejora.
  - **Preguntas sobre los temas principales:**
    - **Situación laboral actual:**
      - ¿Cuál es su situación laboral actual?
      - ¿En lo laboral, como ha cambiado su situación?
      - ¿Cómo considera el cambio, a mejor o a peor?

- 55 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- ¿Ha visto mermada su capacidad económica por el hecho de haber sufrido un ictus?
- ¿Le cuesta más que antes realizar su trabajo diario? ¿qué es lo que más le ha costado?
- ¿Ha modificado sus planes laborales de futuro el hecho de haber sufrido un ictus?
- **Situación familiar.**
  - ¿Cómo le ve su familia y amigos?
  - ¿Qué cree que opinan su familia o amigos de lo sucedido?
  - ¿Cómo ha cambiado su situación familiar?
- **Situación actual tras haber sufrido un ictus.**
  - Cuénteme, ¿Cómo ha estado desde que sufrió el ictus?
  - ¿En que altera su día a día el hecho de haber sufrido un ictus?
  - ¿Cree que estaría en la misma situación que a día de hoy si no hubiera sufrido un ictus?
  - ¿Cómo ha cambiado su vida?
  - ¿Ha encontrado algún aspecto positivo en lo que le ha sucedido?
- **Secuelas y relación de estas secuelas con su situación actual.**
  - ¿Qué puede decirme de las secuelas que le han quedado?
  - ¿Cómo interfieren estas secuelas en su vida diaria?
  - ¿Cómo interfieren estas secuelas en su calidad de vida?
  - ¿Cómo duerme después del ictus?
- **¿Cómo considera este cambio?**
  - ¿Cómo se siente usted ante estas secuelas?
  - ¿Dentro de estas secuelas tiene algún problema para expresarse de forma verbal?
  - ¿Cómo se ve en un futuro?
- **Papel del dolor tras haber sufrido un ictus.**
  - ¿Qué papel le otorga al dolor como síntoma tras haber sufrido un ictus?

- 56 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- ¿Cómo definiría este dolor?
- ¿Qué es lo que más le duele?
- ¿Cree que el dolor es un síntoma frecuente tras un ictus?
- **Papel de la alteración cognitiva.**
  - ¿Cómo ha notado su memoria tras el ictus?
  - ¿Ha visto mermada su capacidad de concentración?
  - ¿Cree que mentalmente puede hacer actualmente menos de lo que hacía anteriormente?
  - ¿Ha tenido alguna consecuencia en su trabajo o en su vida diaria?
  - ¿Ha visto modificado su carácter?
- **Percepción de la atención recibida durante y después de haber sufrido un ictus.**
  - ¿Cómo ha sido la atención durante el proceso?
  - ¿Cómo describiría usted la atención recibida tras su ingreso?
- **Me gustaría que diferenciara la atención médica de la atención social en domicilio.**
  - ¿Cómo valora la atención recibida?
  - ¿Tuvo alguna necesidad no cubierta?
  - ¿Qué destacaría como positivo de todo el proceso?
- **Percepción de la información del proceso:**
  - ¿Qué sabe sobre su enfermedad?
  - ¿Qué información recibió respecto al diagnóstico?
  - ¿Quién le informó?
  - ¿Recibió material informativo de apoyo?
- **De que tipo y si fue útil.**
  - ¿Le hubiera gustado recibir más información?
  - ¿En qué momento considera que hubiese necesitado esa información, desde el primer momento, al alta?
  - ¿Qué sintió cuando recibió el diagnóstico?

- 57 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- ¿Qué reacciones le generó en usted y en su entorno familiar/laboral/social el diagnóstico?
- ¿Qué información recibió respecto a su situación social?
- **¿Cree que sería útil que un paciente que ya hubiese sufrido un IJ le acompañase en algún momento del proceso (padrino)?**
- **Propuestas de mejora**
  - ¿Qué cree que debemos mejorar?

#### **4. ANÁLISIS DE DATOS**

##### **4.1 Estudio cuantitativo**

Para llevar a cabo el análisis cuantitativo se realizaron con anterioridad una serie de cálculos con el fin de preparar las variables para poderlas analizar de forma adecuada y se tuvieron en cuenta una serie de consideraciones que se detallarán a continuación.

##### **4.1.1 Cálculos sobre las escalas de calidad de vida**

Como se mencionó en apartados anteriores, algunas de las escalas de calidad de vida requieren de recodificación para su análisis global, por lo tanto, siguiendo las instrucciones del manual de usuarios de cada una de ellas, se realizaron los cálculos pertinentes para las escalas de EuroQol-5D, SF-36 y GHQ12.

##### **4.1.2 Cálculos para el estudio de costes**

###### **4.1.2.1 Costes directos**

Para llevar a cabo el estudio de costes se tomaron de referencia como base los precios de las prestaciones sanitarias oficiales del catálogo de “Precios públicos de prestaciones sanitarias” publicadas en el Boletín oficial de Canarias (BOC) número 67 D 81/2009 de 2017 [32]. Hay algunas consideraciones que se realizan a continuación:

- **Precios de pruebas complementarias:** En el documento del BOC existen diversas opciones de precio en función del tipo de prueba, por ello se hacen las siguientes aclaraciones para los casos en los que se pudiesen dar varias opciones [32].

- 58 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- Para el cálculo del coste de las pruebas realizadas por seguros privados se emplean los mismos que precios que los del Servicio Canario de la Salud (SCS).
  - Las analíticas de sangre se consideran analíticas básicas, salvo el estudio de trombofilia. La analítica básica incluye: Hemograma y coagulación, glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, proteínas, colesterol, triglicéridos, TSH, vitamina B12 y ácido fólico.
  - Las analíticas de orina se consideran analíticas básicas que incluyen: anormales, sedimento, glucosa, cuerpos cetónicos, osmolaridad, eritrocitos y proteínas.
  - El precio de la Resonancia magnética (RM) craneal se emplea el precio del estudio Doble, al tratarse de un estudio simple y vascular.
  - El Tc craneal se considera sin contraste, puesto que es lo más habitual en esta patología.
  - El precio de la RM de columna se considera el estudio triple.
  - La radiología simple de tórax se toma el precio de la radiología convencional.
- **Precio de consultas:**
    - Se contabilizan todas las consultas de atención primaria como sucesivas y se obtiene su precio del BOC de prestaciones sanitarias [32].
  - **Precio de pruebas y consultas no existentes en el BOC:** Puesto que en el momento de redacción de este trabajo aun no existen precios oficiales de estas pruebas concretas, se realiza la siguiente equiparación:
    - Doppler transcraneal: se establece el precio del doppler con contraste genérico.
    - Tc de aorta torácica: se establece el precio del Tc de tórax con contraste.
    - Sesión de Logopedia y Terapia ocupacional: se establece el precio al de la sesión de fisioterapia.
    - Consulta de psicología: se establece el precio al de la consulta médica.
  - **Precio de los ingresos hospitalarios:**
    - Se contabiliza un día de ingreso para las arteriografías.

- 59 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- El coste del ingreso en urgencia es el estipulado en los precios como estancia, no se cuentan las pruebas realizadas en ellos.
- **Precios de material ortoprotésico:** se considera el precio de material ortoprotésico según lo publicado en el Catálogo de prestaciones ortoprotésicas del BOC 2004 [33], salvo aquello que no está financiado por el SCS, en cuyo caso se obtiene el precio de un catálogo de ortopedia o el coste que indicara el paciente.
- **Precios de transporte:**
  - La ambulancia para acudir a las sesiones de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional se considera “transporte sanitario colectivo ATC” según la nomenclatura del catálogo.
  - Cálculo del gasto por Km: se toma un consumo medio por turismo de 10 litros por cada 100km, atendiendo al consumo medio de los coches en 2016 y 2017 según los fabricantes y el envejecimiento del parque móvil con una media de 12 años según el informe de ANFAC de 2017 [6].
  - Precio de la Gasolina: se toma el precio medio de la gasolina del mes de junio de 2017. Gasolina sin plomo 95 puesto que es la mayoritaria en Canarias. 0,908 euros (*Datos publicados por la consejería de Economía e Industria del Gobierno de Canarias*) [18].
  - Precio del billete de barco: se toma el precio más barato del trayecto en un día al azar, aunque los precios no suelen variar, 8.5 euros por trayecto.
  - Precio del billete de avión: lo mismo que con el barco, se calcula aproximadamente 30 euros ida y vuelta, salvo que el paciente conozca el precio del billete porque lo hubiera costado él mismo.
- **Precio de los fármacos:**
  - Se han tomado los precios de los fármacos de la página de precios oficial de medicamentos [95].
  - El precio de los fármacos se ha calculado para la dosis habitual y el gasto mensual de cada fármaco. Solo se han tenido en cuenta aquellos fármacos relacionados con el ictus o con sus consecuencias y la patología psiquiátrica.

- 60 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

#### **4.1.2.2 Costes indirectos**

Para el cálculo de los costes indirectos se tomó de base la metodología de la teoría del capital humano. Según la encuesta de estructura salarial publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) la ganancia media anual por trabajador en Canarias en 2017 fue de 20185.33 euros [43].

#### **4.1.3 Análisis estadístico**

Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS<sup>®</sup>. En este estudio se llevó a cabo un análisis descriptivo de frecuencias, análisis de dependencias entre variables mediante la Chi<sup>2</sup>, 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 para la fiabilidad de la escala del 70%. En el análisis de las escalas se llevó a cabo también un análisis de componentes principales mediante un análisis de factores. Para considerar diferencias estadísticamente significativas se estableció un intervalo de confianza del 95% con un valor de 0.005.

#### **4.2 Estudio cualitativo**

Tras la recopilación de la información mediante grabación y su posterior transcripción literal se analizaron los datos mediante un análisis temático. Tras la transcripción literal se procedió a la anonimización y protección de los documentos obtenidos para posteriormente leer detenida y repetidamente los textos con el fin de ir elaborando asociaciones e hipótesis, así como remarcar fragmentos del texto con especial importancia; estos pasos permitieron elaborar las primeras intuiciones preanalíticas mediante la elaboración de un plan de análisis provisional. Tras la primera fase preanalítica, se realizó la fase de análisis mediante la creación y codificación de citas, así como la elaboración de categorías emergentes que permitieron posteriormente agrupar y segmentar el texto por categorías creando de esta manera un marco explicativo para finalmente elaborar el informe de resultados.

- 61 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

## RESULTADOS ESTUDIO CUANTITATIVO

### 1. MUESTRA

En el HUNSC, entre el año 2016 y 2017, ingresaron 894 pacientes con diagnóstico de ictus. De estos pacientes, aquellos que tenían edades comprendidas entre 18 y 50 años fueron 107 (11.9%). De estos pacientes se excluyeron por criterio (afasia, exitus, residentes en el extranjero o ilocalizables) el 26% y no desearon participar el 35.4%.

La muestra total analizada en el estudio fue de 41 pacientes, se analizaron diversas variables en dos etapas, a los 6 meses de haber sufrido el IJ y a los 12 meses del mismo.

En los análisis de los 6 meses solo se incluyeron 40 pacientes puesto que uno de los participantes en este tiempo tenía un trastorno del lenguaje que no le permitió participar, situación que mejoró a los 12 meses momento en el que se llevaron a cabo las encuestas.

Inicialmente se realizaron las entrevistas presenciales, pero al constatar que la participación de los pacientes era baja por motivos de desplazamiento, se empezaron a realizar telefónicas a aquellos pacientes que así lo desearon, aumentando de esta manera la participación.

Los pacientes con trastorno del lenguaje que no pudieron realizar la entrevista a los 6 meses por dicho trastorno se volvieron a localizar a los 12 meses con la intención de valorar si existía mejoría en el lenguaje. Solo un paciente cumplía los requisitos y participó a los 12 meses.

El 97.5% de las encuestas fueron contestadas por el propio paciente, únicamente en un caso, fue un Proxi (*persona que es capaz de contestar como si contestase el paciente*), en este caso la esposa del paciente, la que contestó por él. Este paciente sufría una afasia severa que no le permitía la participación. El resto de pacientes afásicos no tenían ningún familiar o allegado que cumpliera estas características, por lo que no pudieron participar.

- 62 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

Los pacientes que, tras realizar la entrevista de los 6 meses, no quisieron participar en la entrevista de los 12 meses fueron retirados del estudio.

La satisfacción general de los pacientes sobre todo el proceso relacionado con el IJ fue muy buena, puntuándola los pacientes con una media de 8.7 sobre 10.

## 2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

### 2.1 VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Las principales características sociodemográficas de los pacientes se resumen en la siguiente tabla:

**Tabla 7: Resumen de las características sociodemográficas de la muestra del estudio.**

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 100001 hab.	41.5%

#### 2.1.1 Edad, Sexo y estado civil.

La edad media de la muestra es de 41.8 años (dt 7.41), con un intervalo de edad entre los 18 y los 50 años, siendo el grupo de edad con más pacientes el de 47 años con el 19.5% de la muestra.

Entre los pacientes se observa un ligero predominio de hombres frente a las mujeres, 58.5% y 41.5% respectivamente. En el IJ, entre 35 y 45 años, el ictus es más frecuente en mujeres, sin embargo, en este estudio han participado más varones [91]. En la tabla 8 se indica la distribución de la muestra por sexo.

**Tabla 8: Sexo**

Sexo	Casos	Porcentaje
Hombre	24	58.5
Mujer	17	41.5
Total	41	100

- 63 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

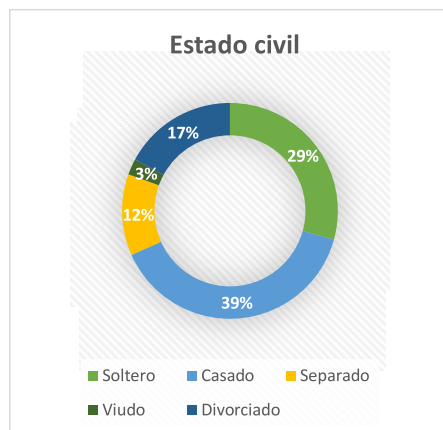
Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Como se indica en el gráfico 1, el estado civil más frecuente entre los pacientes es el de pacientes casados, 39%, seguido de los solteros, 29.3%.

**Gráfico 1: Estado civil**



**2.1.2 Municipio de residencia**

En el momento del ictus el 41.5% de los pacientes residen en municipios de más de 100000 habitantes, siendo la mayoría de ellos residentes en el área metropolitana entre Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna, en la tabla 9 se muestra la distribución por habitantes en el municipio. El siguiente grupo en importancia, son los municipios pequeños, de menos de 50000 habitantes, con un 36.6% de los pacientes.

**Tabla 9: Municipio de residencia**

Municipio de residencia	Casos (%)
Municipios < 50.000 hab.	15 (36.6%)
Municipios de 50.001-100.000 hab.	9 (21.9%)
Municipios > 100.001 hab.	17 (41.5%)
Total	41 (100%)

**2.1.3 Nivel de estudios y profesión**

El nivel de estudios de los pacientes de la muestra es el de estudios secundarios 43.9%, seguido de los pacientes con estudios primarios, 29.3%. El grupo más reducido es el de pacientes que carecen de estudios, siendo éste de 7.3%. Estos datos concuerdan con la ocupación de los pacientes, donde los grupos mayoritarios son aquellos para los que no

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

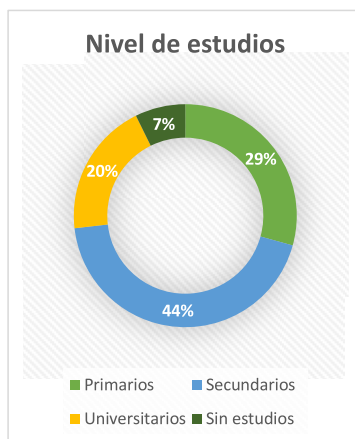
Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

se necesita formación superior. En el gráfico 2 se muestra la distribución de los diferentes niveles de estudios.

Gráfico 2: Nivel de estudios



Las profesiones de los pacientes analizados son diversas, para la mayoría de estas profesiones no se requiere formación universitaria. El 63.5% de la muestra trabajan en el sector terciario.

## 2.2 ANTECEDENTES PERSONALES

Los principales antecedentes personales de los pacientes participantes en el estudio se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 10: Resumen de los antecedentes personales

Antecedentes Personales	Casos (%)		
	Si	No	
Tabaquismo	16 (39%)	25 (61%)	
Consumo de	Alcohol	3 (7.3%)	38 (92.7%)
	Drogas	8 (19.5%)	33 (80.5%)
Cardiopatía	9 (22%)	32 (78%)	
Fibrilación auricular	3 (7.3%)	38 (92.7%)	
Hipertensión arterial	11 (26.8%)	30 (73.2%)	
Diabetes Mellitus	3 (7.3%)	38 (92.7%)	
Dislipemia	12 (29.3%)	29 (70.7%)	
Migraña	11 (26.8%)	30 (73.2%)	
Ansiedad o depresión	7 (17.1%)	34 (82.9%)	
Ictus previo	3 (7.3%)	38 (92.7%)	
Tratamientos previos	Antiagregantes	7 (17.1%)	34 (82.9%)
	Anticoagulantes	2 (4.9%)	39 (95.1%)

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

	<i>Antidepresivos</i>	4 (9.8%)	37 (90.2%)
	<i>Anticonceptivos orales*</i>	5 (26.3%)	14 (73.7%)

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

Como puede observarse en la tabla 10, la mayoría de los pacientes no tiene factores de riesgo vascular. El porcentaje de factores de riesgo vascular, así como el consumo de medicación crónica para este tipo de patologías no es elevado, no superando en ningún caso el 40% de la muestra. Esta situación podría tener relación con la edad de los pacientes estudiados, y podría explicar lo que se evidenciará más adelante sobre el elevado porcentaje de etiología criptogénica o indeterminada de los IJ.

El factor de riesgo vascular más frecuente es el tabaquismo (39%), seguido de la dislipemia (29.3%) y de la hipertensión arterial (26.8%). El porcentaje de pacientes con migraña es elevado, siendo éste del 26.8%, siendo la prevalencia de migraña en la población general, según un estudio publicado en la Guía de cefaleas de la Sociedad española de Neurología, del 15% [25]. El 17.1% de la muestra tienen antecedentes personales de ansiedad o depresión.

En los IJ cobra un papel importante el consumo de tóxicos, puesto que forma parte de los factores de riesgo y la etiología, y es una de las causas que se apunta como posible causante del aumento de este tipo de ictus en la población, como se explicó anteriormente. El 19.5% reconoce ser consumidor actual de alguna droga ilegal, siendo la más frecuente el consumo de cannabis (14.6%). En la tabla 11 se muestran los tóxicos más consumidos por los pacientes.

**Tabla 11: Consumo de tóxicos**

<i>Consumo de tóxicos</i>	<i>Casos (%)</i>		
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Ex Consumo</i>
<i>Tabaco</i>	16 (39%)	21 (51.2%)	4 (9.8%)
<i>Alcohol</i>	3 (7.3%)	36 (87.8%)	2 (4.9%)
<i>Cocaína</i>	2 (4.9%)	36 (87.8%)	3 (7.3%)
<i>Cannabis</i>	6 (14.6%)	34 (82.9%)	1 (2.4%)

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguilár UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



### 2.3 CARACTERÍSTICAS DEL ICTUS ACTUAL Y DEL PROCESO ASISTENCIAL

El tipo de ictus más frecuente es el ictus isquémico (82%). Esta proporción entre ambos tipos de ictus está en concordancia con la que se describe en la literatura, siendo esta proporción de 87% en las últimas revisiones publicadas para los ictus isquémicos, independientemente de la edad de aparición [64]. (Ver tabla 16)

Siguiendo un criterio de tiempo, el tipo de ictus isquémico más frecuente fue el establecido, en el 90.2% de los casos, solo el 9.7% se trató de un ictus transitorio.

**Tabla 12: Lateralidad del ictus**

Lateralidad	Casos (%)
Izquierda	15 (36.6%)
Derecha	15 (36.6%)
Posterior	11 (26.8%)
Total	41 (100%)

La circulación anterior es la que más se afectó en estos pacientes, 73.2%, como se indica en la tabla 12, no existiendo diferencias entre circulación anterior izquierda y derecha, tratándose en ambos casos de una afectación del 36.6%. El lado afecto es importante puesto que tiene repercusión en las secuelas y su posterior recuperación y discapacidad, puesto que el daño en el hemisferio dominante podría condicionar secuelas más incapacitantes como el trastorno del lenguaje y la paresia del hemicuerpo dominante.

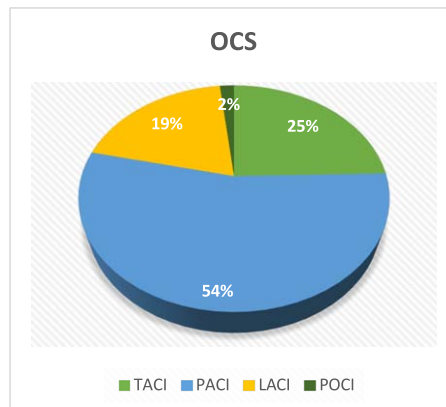
#### 2.3.1 Clasificación de los ictus

##### 2.3.1.1 Clasificación clínica de los ictus de la Oxfordshire Community Stroke (OCS)

El ictus isquémico establecido más frecuente en la muestra es el ictus isquémico parcial de circulación anterior (PACI), en el 36.7% de los casos. En cuanto a la gravedad clínica, es un ictus que presenta mejor pronóstico funcional que el TACI, el cual es un ictus extenso de un territorio vascular. El siguiente grupo en frecuencia es el POCl, o ictus de circulación posterior, con un 33.3%. Esta distribución viene reflejada en el gráfico 3.

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

**Gráfico 3: Clasificación de la Oxfordshire Community Stroke (OCS)**



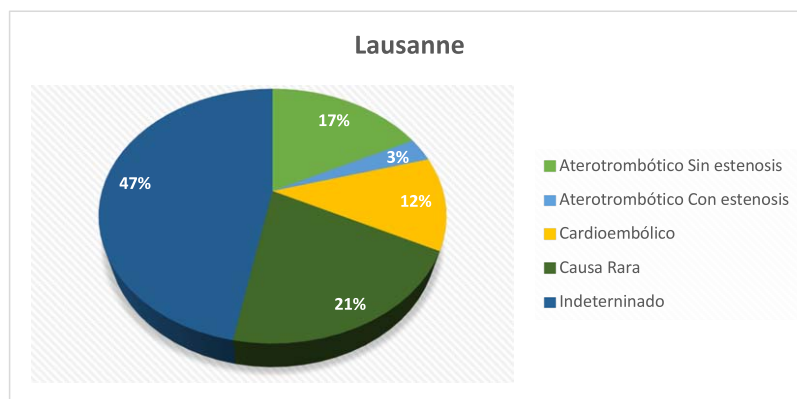
\*TACI: Ictus Total de Circulación Anterior. \*PACI: Ictus Parcial de Circulación Anterior. \*LACI: Ictus Lacunar. \*POCI: Ictus de Circulación Posterior

Esta clasificación solo categoriza los ictus isquémicos establecidos, motivo por el que el total es de 30.

**2.3.1.2 Clasificación etiológica del ictus. Clasificación de Lausanne**

La Clasificación de Lausanne se emplea para clasificar la etiología de los ictus isquémicos [21], del análisis de ésta se desprende que la mayoría de los ictus son de etiología indeterminada (47%), en concordancia con lo que establece la literatura [53]. Los ictus aterotrombóticos (20%) y los de etiología rara o inhabitual (21%) son los siguientes en frecuencia. En el gráfico 4 se muestra la distribución de estas etiologías.

**Gráfico 4: Clasificación de Lausanne**



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

En algunos pacientes se evidenciaron enfermedades relacionadas con el IJ, algunas de ellas no pudiéndose considerar como etiología del ictus, como es el caso del foramen oval permeable, que puede considerarse factor de riesgo, pero no mecanismo causal [64], y otras enfermedades que pueden considerarse etiología del ictus, pero en la clasificación de Laussage se clasifican como de etiología rara o inhabitual, como es el caso de las disecciones. La patología cardíaca en estos casos es la más frecuente con el 31.7%, siendo el foramen oval permeable el más frecuente con el 24.4% de los pacientes. La segunda patología en frecuencia fueron las disecciones, 7.3%, encontrándose en menor proporción que en otros estudios de IJ [53] donde en algunos establecen que puede llegar a ser la segunda causa más frecuente de ictus juvenil tras la indeterminada [53]. Como se ha nombrado en la introducción, los pacientes con IJ tienen más frecuencia de etiologías inhabituales, como la presencia de fibroelastomas y filamentos de Lamb que provocan ictus cardioembólicos, incluso vasculitis secundarias a meningoencefalitis o síndromes antifosfolípidos, al igual que una entidad que está siendo estudiada recientemente como probable causa frecuente e infra diagnosticada de IJ, como es el Carotid web que también se ha objetivado en la muestra [64]. La tabla 13 indica estas patologías relacionadas con el IJ, no todas ellas consideradas como causa directa.

**Tabla 13: Enfermedad relacionada con el ictus isquémico**

<b>Enfermedad Relacionada</b>	<b>Casos (%)</b>
Cardíaca (FOP, endocarditis, fibroelastoma)	13 (31.7%)
Disección	3 (7.3%)
Otros (Vasculitis por Meningoencefalitis, tóxicos, infarto venoso, carotid web)	5 (12.2%)
Total **	21 (51.2%)

\*\* Enfermedad relacionada en pacientes con ictus de etiología inhabitual o indeterminada en el caso de que haya alguna causa con la que se pudiera relacionar, no el total de la muestra.

**2.3.1.3 Clasificación de los Ictus hemorrágicos**

Los ictus hemorrágicos son menos frecuentes que los isquémicos (18%), pero dentro de los diferentes tipos, el subtipo más frecuente es la hemorragia intraparenquimatosa (57.1%), concretamente, la hemorragia lobar (42.8%), aunque esta subcategoría tiene la

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>	
Identificador del documento: 3445150	Código de verificación: 2KuMtsnH
Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

misma frecuencia que la hemorragia subaracnoidea (HSA) (42.8%), siendo finalmente la hemorragia intraparenquimatosa profunda la menos frecuente (14.3%) como se muestra en la Tabla 14.

**Tabla 14: Tipo de hemorragias cerebrales**

Hemorragias		Casos (%)
HSA		3 (42.8%)
Intraparenquimatosa	Lobular	3 (42.8%)
	Profunda	1 (14.3%)
Total		7 (100%)

#### 2.3.1.4 Etiología de los ictus hemorrágicos

La enfermedad más frecuentemente relacionada con los ictus hemorrágicos es la hipertensión arterial, 42.8%. Las dos patologías que le siguen en frecuencia son los aneurismas cerebrales y las malformaciones vasculares con un 28.6% de todos los ictus hemorrágicos en ambos casos.

#### 2.3.2 Tratamiento de los ictus en fase aguda/subaguda

La mayoría de los pacientes de la muestra no recibieron tratamiento en fase aguda, porque no cumplían criterios para recibir este tipo de tratamiento. En estos casos, el tratamiento más realizado fue la trombectomía (9.8%) como se muestra en la tabla 15, siendo en todos ellos una trombectomía primaria. El porcentaje de craniectomías es menor, y en todos los casos se realizaron a ictus hemorrágicos.

**Tabla 15: Tratamiento ictus**

Factores ictus actual	Casos (%)
Fibrinólisis	3 (7.3%)
Trombectomía	4 (9.8%)
Fibrinólisis + Trombectomía	0 (0%)
Craniectomía	2 (4.9%)

#### 2.3.3 Días de estancia hospitalaria

La estancia media de los pacientes con IJ fue de 16.1 días, la estancia media global de los pacientes con ictus en el servicio de Neurología del HUNSC en 2017 fue de 10.1 días los ictus isquémicos y 16.4 los hemorrágicos. Lo previsible sería que la estancia media en los

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

pacientes con IJ fuera más prolongada que los ictus en personas mayores, debido a que como se ha explicado anteriormente, el protocolo diagnóstico es más amplio y requiere de más pruebas y por lo tanto más tiempo para realizarlas. Sin embargo, el pronóstico funcional de estos pacientes suele ser mejor [75], por lo que a la hora de dar de alta a domicilio una vez finalizado el estudio, la mejor situación funcional facilita altas en menos tiempo que en el caso de los pacientes mayores.

En la tabla 16 se muestra un resumen general de las características de los ictus analizados.

**Tabla 16: Resumen general de las características del Ictus.**

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

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

<b>Etiología de ictus hemorrágicos</b>	Aneurisma	2 (28.6%)
	MAV	2 (28.6%)
	Hipertensión arterial	3 (42.8%)
	Total	7 (100%)
<b>Días de estancia</b>	< 15 días	27 (65.9%)
	15-30 días	10 (24.4%)
	>30 días	4 (9.8%)
	Total	41 (100%)

### 2.3.4 Ecografía transcraneal y de troncos supraaórticos

El resultado de la ecografía muestra que hay pocos pacientes con patología (34.1%), siendo el resultado más frecuente que el estudio vascular se encuentre dentro de la normalidad (56.1%). Al 9.8% de los pacientes no se le realizó estudio neurosonológico.

### 2.3.5 Tratamiento al alta

#### 2.3.5.1 Tratamiento antiagregante al alta

El tratamiento más frecuentemente pautado en el momento del alta fue la antiagregación (65.9%), la cual fue mediante antiagregación simple con un solo fármaco, como se muestra en la tabla 17, donde el más frecuente es el ácido acetil salicílico (46.3%) o bien mediante terapia combinada con dos antiagregantes, ácido acetil salicílico y clopidogrel, 7.3%. El tratamiento más habitual para el ictus isquémico es la antiagregación, solo está indicada la anticoagulación en casos seleccionados [21], por este motivo este tipo de fármacos es el tratamiento más frecuente en estos pacientes, teniendo en cuenta que el 82% de la muestra son ictus isquémicos.

Tabla 17: tratamiento antiagregante al alta hospitalaria

Tratamiento antiagregante	Casos (%)
Ácido acetil salicílico	19 (46.3%)
Clopidogrel	5 (12.5%)
Biterapia AAS + Clopidogrel	3 (7.3%)
No	14 (34.1%)
Total	41 (100%)

\*AAS: ácido acetil salicílico

#### 2.3.5.2 Tratamiento anticoagulante al alta.

Dentro de los tratamientos anticoagulantes, el más frecuentemente empleado es el Acenocumarol (17.1%), solo en el 4.9% de los casos se utilizó un anticoagulante de acción

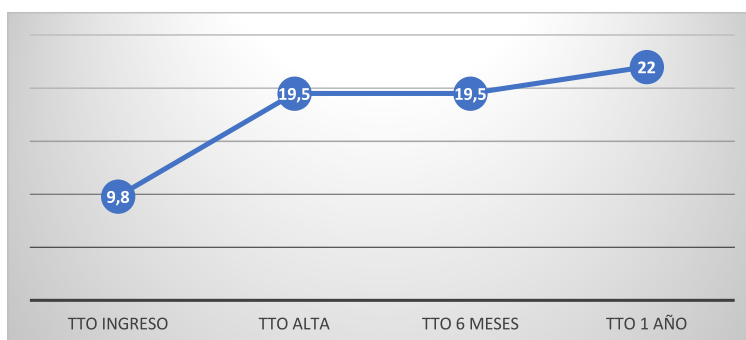
Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

directa, optando en todos los casos por el apixabán.

**2.3.5.3 Tratamiento antidepresivo**

La mayoría de los pacientes en el momento del alta, 80.5%, no tomaban tratamiento antidepresivo. En los casos en los que sí se pautó tratamiento al alta, el grupo de fármacos más frecuentemente empleado fue el de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Hay que tener en cuenta que el 90.2% de los pacientes en el momento del ingreso no tomaban este tipo de tratamiento, por lo que el 10.3% de estos pacientes tienen este tratamiento de novo tras el IJ.

**Gráfico 5: Tratamiento antidepresivo**



\*TTO: Tratamiento

Tal y como muestra el gráfico 5, en la primera entrevista, a los 6 meses de haber sufrido un ictus, el porcentaje de pacientes con tratamiento antidepresivo no varía con respecto al momento del alta, sigue siendo el 19.5%. Sí se objetiva un aumento en la toma de medicación antidepresiva tras un año del ictus, 22%, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. En todos los casos, el grupo de fármacos más frecuentemente empleado es el de ISRS.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

## 2.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO A LOS 6 Y 12 MESES

Tabla 18: Tratamiento farmacológico

Factores Farmacológicos	Casos (%) 6 meses	Casos (%) 1 año
Ácido acetilsalicílico	20 (50%)	19 (46.3%)
Clopidogrel	8 (20%)	8 (19.5%)
Acenocumarol	7 (17.5%)	6 (14.6%)
Apixaban	2 (5%)	2 (4.9%)
Ramipril	7 (17.5%)	7 (17.1%)
Losartán	1 (2.5%)	1 (2.4%)
Bisoprolol	6 (14.6%)	6 (14.6%)
Atorvastatina	20 (50%)	18 (43.9%)
Simvastatina	1 (2.5%)	2 (4.9%)
Rosuvastatina	2 (5%)	2 (4.9%)
Insulina	1 (2.5%)	1 (2.4%)
Fibratos	2 (5%)	1 (2.4%)
Omeprazol	11 (27.5%)	-
Amlodipino	0 (0%)	5 (12.2%)

Como muestra la tabla 18, de los fármacos utilizados por los pacientes a los 6 meses del IJ, se extrae que el fármaco que más se emplea es el ácido acetilsalicílico, y que la mayoría de pacientes tienen como tratamiento final la antiagregación, seguido de la anticoagulación. Esta relación es la esperable teniendo en cuenta que el 82% de la muestra son ictus isquémicos cuyo tratamiento de prevención secundaria es éste, antiagregación fundamentalmente o anticoagulación en casos seleccionados si la etiología lo requiere.

De los fármacos anticoagulantes, el más empleado en el 17.5% es el acenocumarol, frente a los nuevos anticoagulantes o anticoagulantes de acción directa (ACOD). Los ACOD tienen un modo de empleo más sencillo para el paciente, y probablemente más cómodo para este rango de edad puesto que no necesita restricciones dietéticas ni ajuste de dosis mensual, con la consiguiente visita a hematología o centro de atención primaria; sin embargo, las restricciones de uso financiado por la seguridad social, en función del informe de posicionamiento sobre éstos de la Agencia Española del medicamento y productos sanitarios [57], para casos concretos, así como la ausencia de indicación para patologías diferentes a la fibrilación auricular no valvular, son probablemente las



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

causantes de esta prevalencia del acenocumarol frente al resto de ACOD (apixaban, rivaroxaban, dabigatran, edoxaban) [57].

El siguiente grupo farmacológico más empleado es el de las estatinas. La estatina más frecuentemente utilizada es la atorvastatina, el 50% de los pacientes a los 6 meses del IJ mantienen este tratamiento. Hay que tener en cuenta que se ha demostrado que el uso de este tipo de fármacos en fase aguda del ictus tiene efectos protectores en isquemia cerebral, además del efecto hipolipemiante [2], y en pacientes que han sufrido un ictus previo disminuye el riesgo relativo de sufrir eventos vasculares, no solo por su efecto hipolipemiante sino por su capacidad para estabilizar la placa de ateroma y sus efectos antiinflamatorio y antitrombótico [21].

Como puede observarse en la tabla 18 del tratamiento al año del IJ, al igual que pasaba a los 6 meses, el grupo de fármacos más comúnmente empleado es el de los antiagregantes con un 46.3% de ácido acetilsalicílico y un 19.5% de Clopidogrel. El siguiente grupo de fármacos más empleados son las estatinas, como ya se ha comentado, es lógico pensarlo por el uso de las mismas como hipolipemiantes y estabilizadores de la placa de ateroma.

## **2.5 CONSULTAS MÉDICAS Y ATENCIÓN HOSPITALARIA**

### **2.5.1 Consulta de atención especializada**

La especialidad más visitada por estos pacientes, tanto a los 6 como a los 12 meses, es la de neurología (65% y 63.4%), seguido de cardiología (37.5% y 22%) y rehabilitación (35% y 19.5%). El ictus es una enfermedad cerebrovascular que puede tener los mismos factores de riesgos que tiene la enfermedad cardiovascular, así mismo, como se ha indicado anteriormente, enfermedades cardiológicas pueden ser factores de riesgo para el ictus y etiología del mismo, el 11,8% tienen etiología cardioembólica, por estos motivos, la cardiología es una de las especialidades más visitadas por estos pacientes. En cuanto a las visitas al servicio de rehabilitación, entorno al 35% de los pacientes acuden a consulta con este especialista, aunque las secuelas motoras sean menores en estos pacientes, algunos que requieren mantener tratamiento con fisioterapia, logopedia o terapia ocupacional para mejorar estas alteraciones, y todos ellos deben

- 75 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

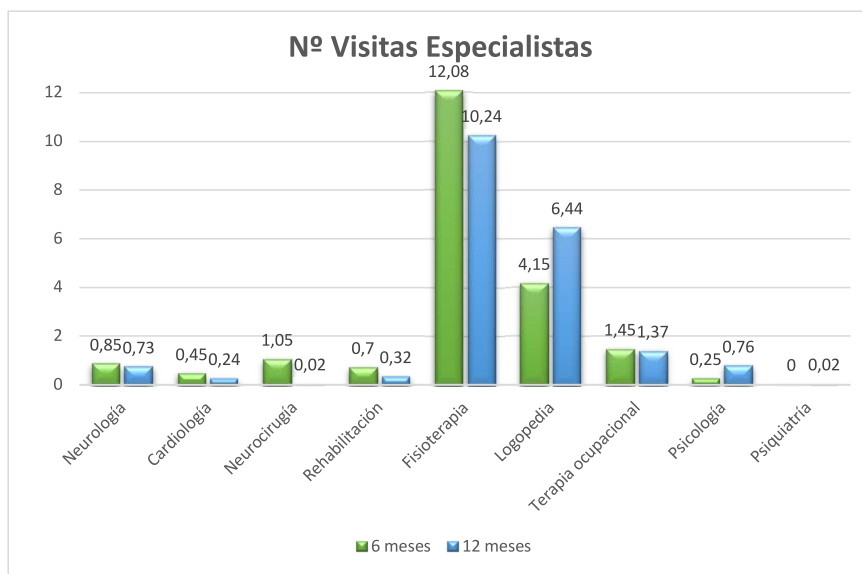
Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

visitar al iniciar y al finalizar la terapia al rehabilitador. Las visitas al servicio de neurocirugía son también escasas, resultando en el 5% a los 6 meses y 2.4% tras un año del IJ.

Llama la atención las escasas consultas al servicio de Psiquiatría, que son un 0% a los 6 meses y únicamente un 2.4% a los 12 meses, siendo ligeramente superiores las consultas al servicio de Psicología, las cuales no superan en ningún caso el 13% (7.5%y 12.2% a los 6 y 12 meses respectivamente).

**Gráfico 6: Media de visitas en atención especializada**



Las especialidades que más número de visitas tienen de media, como se muestra en el gráfico 6, son fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional, lo cual está en relación con que estos tratamientos se realizan mediante sesiones, habitualmente de varias veces por semana.

La atención psicológica es poco frecuente, no solo hay pocos pacientes que tienen cita con psicología, sino que además las sesiones con esta especialidad son escasas.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>	
Identificador del documento: 3445150	Código de verificación: 2KuMtsnH
Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

### 2.5.2 Consultas de atención primaria

En los seis primeros meses de haber sufrido un IJ, los pacientes acuden al médico de atención primaria 5.78 veces de media (dt 7.329) El 30% de los pacientes no acuden a este médico en ningún momento en este periodo de tiempo. A medida que pasa el tiempo, la necesidad de este especialista disminuye, siendo la media de visitas en el segundo semestre tras el IJ de 1.98 (dt 4.912) y el 70.7% no acuden en ningún momento.

### 2.5.3 Atención Hospitalaria tras el ictus

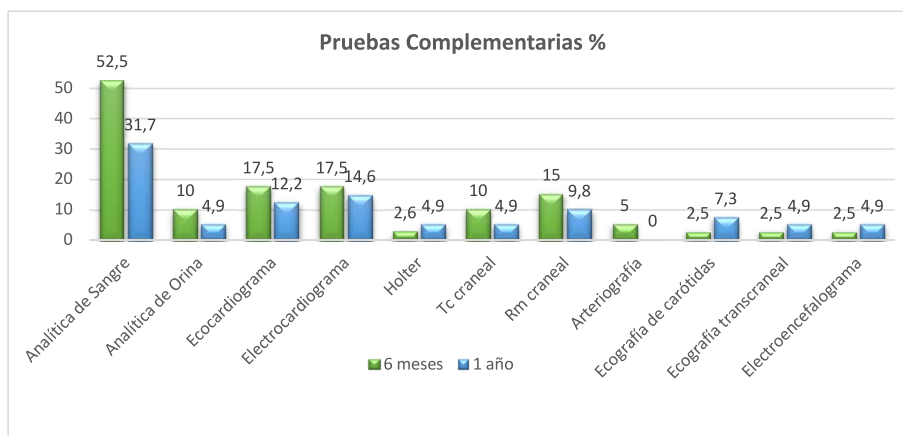
Tras sufrir un IJ, los pacientes acuden en pocas ocasiones al servicio de urgencias, en el 92.7% de los casos no vuelven a acudir a urgencias por motivos relacionados con el ictus.

En cuanto a los ingresos, solo aquellos pacientes que tuvieron que realizarse una arteriografía de control reingresaron en el hospital, el 5% durante un único día y en 2.5% durante 2 días.

## 2.6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La prueba complementaria más realizada es la analítica sanguínea, 52.5% y 31.7% a los 6 meses y un año respectivamente, como puede extraerse del gráfico 7, el resto de las pruebas ambulatorias más frecuentes son cardiológicas, y se puede observar que las pruebas de imagen de control en estos pacientes no son habituales, tanto en Rm craneal (15% y 9.8%) como el TC craneal (10% y 4.9%).

Gráfico 7: Pruebas complementarias realizadas



- 77 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## 2.7 MEDIOS DE TRANSPORTE

Los medios de transporte que emplean los pacientes para acudir a las citas médicas, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, enfermería y pruebas complementarias derivadas del IJ se muestran a continuación. Hay que tener en cuenta que determinados pacientes se trasladan desde las islas no capitalinas, El Hierro y La Gomera para el control médico en Tenerife.

- Coche particular
- Taxi
- Guagua
- Ambulancia
- Avión
- Barco

El medio de transporte que más utilizan los pacientes es el coche particular para trasladarse desde su domicilio al lugar de la atención sanitaria. De media, realizan 10.53 trayectos (dt 16.88) en los primeros 6 meses y 7.63 trayectos (dt 24.224) en el segundo semestre. Como puede observarse, en el segundo semestre el número de trayectos disminuye, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con una  $p < 0.001$ .

Estos pacientes recorren de media en coche 252.88 Km (dt 502.87) en los primeros 6 meses y 178.06 Km (dt 466.495) en el segundo semestre. Al igual que sucede con el número de trayectos, los Km recorridos son menores con el paso del tiempo con una  $p$  de 0.039.

El descenso que se evidencia con el paso del tiempo probablemente esté en relación con el menor número de consultas y de pruebas complementarias que requieren estos pacientes a medida que avanza la recuperación, así como el menos número de sesiones de rehabilitación que van requiriendo.

En el gráfico 8, se muestra la media de trayectos realizada en cada medio de transporte a los 6 y 12 meses del IJ. El único medio de transporte en el que se evidencia un descenso

- 78 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

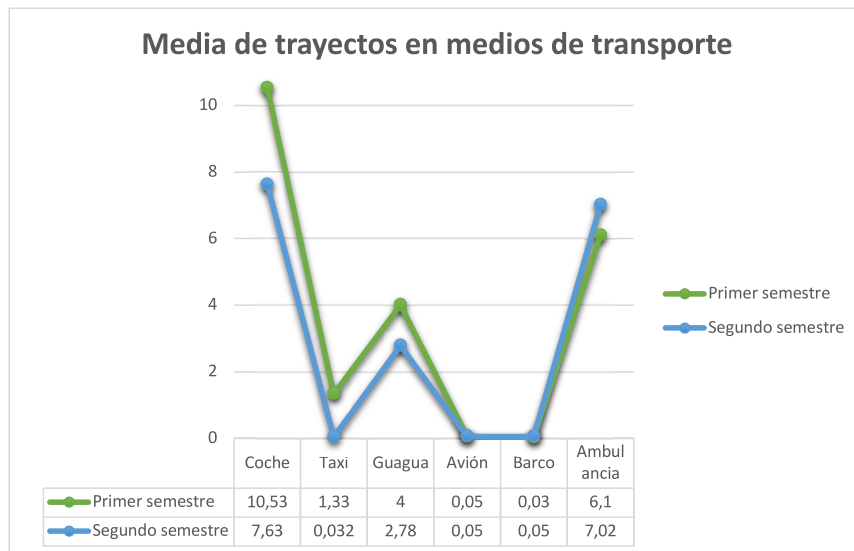
Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

significativo es el ya nombrado, el coche particular, como puede observarse, el resto de medios de transporte descienden ligeramente, salvo la ambulancia que aumenta discretamente, aunque en ningún caso de manera estadísticamente significativa.

Gráfico 8. Medida de trayectos en los diferentes medios de transporte



## 2.8 MATERIAL ORTOPROTÉSICO

El uso de material ortoprotésico en los pacientes con IJ no ha sido muy elevado, tan solo el 22% requirieron de algún material, y el más frecuente fue la muleta (10%). Esta situación está acorde con las escalas de función neurológica, la NIHSS en la que se muestra que de media los pacientes prácticamente no tienen secuelas motoras. En la tabla 19 se indica el material empleado por estos pacientes. El 100% de los pacientes que requirieron este material no tuvo problemas para obtenerlo.

Tabla 19. Material ortoprotésico

Material ortoprotésico	Porcentaje
Silla de ruedas	1 (2.5%)
Muleta	4 (10%)
Andadora	1 (2.5%)
Férula	1(2.5%)
Silla para la ducha	1 (2.5%)

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Agarradera	1 (2.5%)
No material	32 (77.5%)
Total	41 (100%)

## 2.9 ACTIVIDAD LABORAL

### 2.9.1 Situación laboral

Tras 6 meses del IJ la situación laboral de los pacientes muestra que la mayoría de éstos (32.5%) se encuentran de baja laboral transitoria. Los pacientes que se encuentran en activo laboralmente son el 27.5%, por lo que puede observarse que, en este tiempo, la mayoría de pacientes no se ha incorporado a la vida laboral. Sin embargo, tras haber pasado un año después del IJ, el grupo más numeroso de forma independiente es el de los pacientes activos laboralmente, aunque éstos no llegan a la mitad de la muestra, si se suman los pacientes en activo, estudiantes y los que se encargan de sus labores, el total es del 48.8%, aunque eso deja al 51.2% de los pacientes sin actividad laboral.

Es llamativo que en el periodo de tiempo que los separa, se pasa de un 7.5% de pacientes que presenta una incapacidad laboral permanente a un 12.2%.

En el caso de la incapacidad laboral transitoria, aunque el porcentaje es menor que a los 6 meses, tras un año del ictus, un 17.1% de los pacientes aun tienen una causa médica que no les permite volver a trabajar. Esto es llamativo, porque como se verá, la escala NIHSS muestra una discapacidad física menor, con menos de dos puntos de media en todas las evaluaciones, al alta hospitalaria a los 6 y a los 12 meses, concretamente de 0,54 a los 12 meses del IJ. Esta situación podría plantear que lo que impide a estos pacientes volver a trabajar no es un problema físico. Hay distintos estudios que muestran el porcentaje de pacientes con un IJ que vuelven a trabajar tras éste, aunque no hay unanimidad en el porcentaje, variando entre el 23 y el 40% [45] [75]. En esta muestra el porcentaje de pacientes activos laboralmente tras un año es ligeramente superior, siendo del 41.5%, aunque si se agruparan los activos laboralmente, estudiantes y los que se dedican a sus labores, llegaría este porcentaje al 48,8%, como se ha nombrado anteriormente.

- 80 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

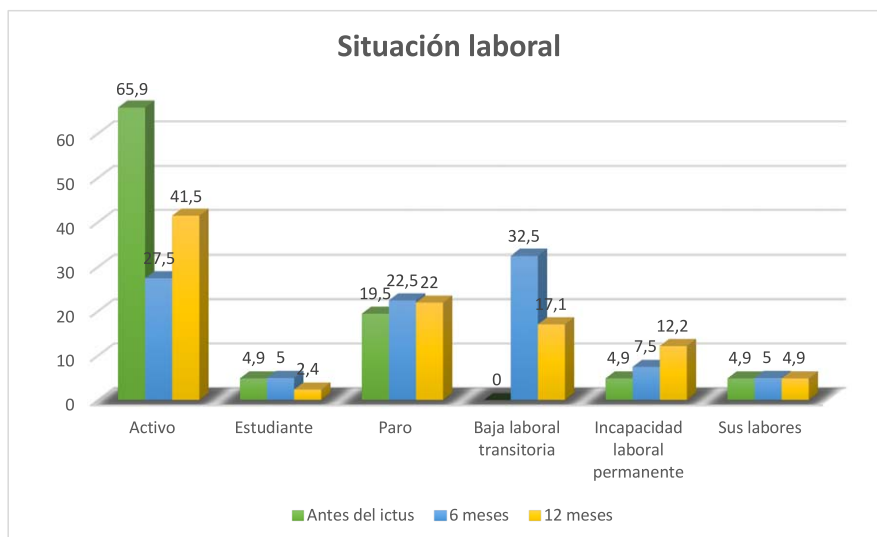
Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Si se comparan los datos con los de la situación laboral previa al ictus, el daño es aun mayor, puesto que antes de sufrir la enfermedad, el 65.9% de los pacientes se encontraba trabajando, y si se suma incluso a los estudiantes y las labores, sería el 75.7%, situación que no se aproxima ni siquiera tras un año del ictus (41.5% o 48.8% respectivamente), no había pacientes de baja laboral transitoria, e incluso hay pacientes que perdieron su trabajo tras el ictus y han aumentado el porcentaje de los pacientes en el paro.

En el gráfico 9 se muestra el porcentaje de las distintas situaciones laborales de los pacientes en los diferentes momentos.

Gráfico 9: Situación laboral



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

## 2.9.2 Problemas laborales

Tabla 20: Problemas laborales

Factores laborales	Casos (%) 6 meses	Casos (%) un año
¿El hecho de haber sufrido un ictus le ha supuesto algún problema laboral en los últimos 6 meses? *	22 (81.5%)	18 (69.2%)
No trabajo menos horas, pero tengo problemas para rendir **	2 (10%)	3 (15.8%)
No trabajo menos horas, pero tengo problemas para rendir, solo pacientes en activo o estudiando	3 (60%)	2 (20%)
¿Ha tenido que abandonar su trabajo o jubilarse prematuramente por haber sufrido un ictus? ***	1 (33.3%)	3 (60%)

\*Solo contestaron los pacientes que estaban trabajando o de baja laboral transitoria o eran estudiantes.

\*\*Solo contestan los que contestaron "Si" a la pregunta anterior, haber tenido problemas laborales, incluyendo aquellos que se encontraban de baja laboral transitoria.

\*\*\*Solo contestaban aquellos que están jubilados o de baja laboral permanente.

Como se muestra en la tabla 20, tras sufrir un IJ los pacientes sufren problemas en el ámbito laboral. El 81.5% y el 69.2% de los pacientes a los 6 meses y un año del IJ tienen problemas laborales. Uno de los problemas percibidos de forma subjetiva por los pacientes es el rendimiento. Este problema de rendimiento es especialmente alarmante a los 6 meses tras el ictus, pues hasta el 60% de los pacientes que se encontraban en ese momento trabajando o estudiando refieren dicho problema. Con el paso del tiempo, este porcentaje disminuye hasta el 20%, por lo que parece apreciarse que esta situación si mejora con el tiempo, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.

La necesidad de jubilarse prematuramente o abandonar el trabajo es del 60% tras un año de haber sufrido el IJ.



### 2.9.3 Tiempo de baja laboral

Tabla 21: tiempo de baja laboral

Tiempo de baja en meses	Casos (%)
< 6 meses	7 (31.8%)
6 meses o más	15 (36.6%)
No baja laboral	19 (46.3%)
Total	41 (100%)

De los 41 pacientes del estudio, tan solo 27 de ellos se encontraban en disposición de poder obtener una baja laboral, los otros 14 se encontraban en el paro o ya percibían una pensión de jubilación o discapacidad.

A los 12 meses de sufrir un IJ, la media de días de baja de los pacientes que se encontraban trabajando antes del ictus fue de 191.85 días (dt 143.608). Tal como se muestra en la tabla 21, el 36.6% de los pacientes de la muestra están de baja 6 meses o más. El 46.3% no tuvieron se encontraban de baja laboral, bien porque se incorporaron al trabajo inmediatamente tras el IJ, o porque no se encontraban trabajando previamente.

## 2.10 DEPENDENCIA

### 2.10.1 Cuidadores

La amplia mayoría de los pacientes (95%) no necesitaron cuidador a los 6 meses y al año del IJ, tan solo dos de los pacientes lo necesitaron, en ambos casos es un familiar el que llevó a cabo esta labor y en uno de los casos, el familiar tuvo que abandonar su trabajo habitual para poder ejercer sus funciones como cuidador.

### 2.10.2 Certificado de discapacidad

En cuanto al certificado de discapacidad, como se muestra en la tabla 22, el 58.5% de los pacientes no lo han solicitado tras un año de haber sufrido un IJ. Hay que tener en cuenta, que como se verá más adelante, y que refleja bien la investigación cualitativa, los pacientes no reciben información social antes de irse de alta hospitalaria, y muchos, tampoco la reciben cuando están en la etapa ambulatoria. Solo el 14.6% tiene aceptada

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

la discapacidad, teniendo en cuenta que hay 2 pacientes que ya tenían esta discapacidad previa al ictus por otros motivos; estando el 22% todavía pendiente de resolución tras un año del ictus.

**Tabla 22: ¿Posee certificado de discapacidad o reconocido oficialmente el grado de minusvalía?**

Discapacidad	Casos
No lo poseo ni lo he solicitado	24 (58%)
Lo he solicitado, pero me lo han denegado, o es menor al 33%	2 (5.9%)
Lo he solicitado, está en proceso	9 (22%)
Si lo tengo	6 (14.6%)
Total	41 (100%)

### 2.11 ANÁLISIS DE DEPENDENCIAS

Se realizó un estudio de dependencias entre las variables anteriormente mencionadas mediante una prueba de Chi<sup>2</sup> evidenciándose únicamente las siguientes dependencias.

**Tabla 23: Dependencias antecedentes personales**

Factores	
<b>Cardiopatía</b>	Fibrilación auricular
	Ansiedad o depresión
	Tratamiento previo con Antiagregantes
<b>Fibrilación auricular</b>	Tratamiento previo con Antiagregantes
<b>Hipertensión arterial</b>	Diabetes Mellitus
	Ictus previo
	Tratamiento previo con Antiagregantes
<b>Diabetes Mellitus</b>	Dislipemia
	Tratamiento previo con Anticonceptivos orales
<b>Ansiedad y Depresión</b>	Tratamiento previo con Antidepresivos

Dentro de las variables de los antecedentes personales, se evidenciaron varias dependencias, como muestra la tabla 23, entre ellas la cardiopatía con la fibrilación

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

auricular y el tratamiento con antiagregantes, y la fibrilación auricular con el mismo tratamiento. Estas dependencias halladas son esperables, debido a que la fibrilación auricular en una cardiopatía. En las guías de tratamiento actual de la fibrilación auricular, la antiagregación no se considera un tratamiento efectivo, sin embargo, en las anteriores guías si lo era, condicionado a la puntuación de la escala de CHADVasc [92]. Posiblemente, este sea el motivo por el que exista esta dependencia. Si es llamativo por otro lado la presencia de una dependencia entre cardiopatía y depresión o ansiedad.

En el caso de la hipertensión arterial se encuentra dependencia con otros factores de riesgo vascular como la diabetes, y la presencia de ictus previo, esto es algo esperable, puesto que son factores que en ocasiones tienen un origen común como puede ser la obesidad y el sedentarismo, factores que no se analizaron en este estudio. Lo mismo sucede con la diabetes mellitus y la dislipemia. Llama la atención la presencia de una dependencia entre la diabetes mellitus y la toma de anticonceptivos orales, esto quizás esté en relación con que todos los pacientes diabéticos de la muestra eran mujeres. Como era previsible, también se encontró dependencia entre la ansiedad y depresión con el tratamiento antidepresivo.

En el caso de los ictus previos, no se encuentra dependencia con la toma de antiagregantes, lo cual podría explicarse por dos motivos, por un lado, no se separa si el ictus previo fue isquémico o hemorrágico, y los hemorrágicos no se tratan con este tipo de fármacos, y, por otro lado, el tratamiento de los isquémicos suele ser la antiagregación, pero podría ser también la anticoagulación, según la etiología.

**Tabla 24: Dependencia Factores laborales**

Factores laborales	
<b>Edad</b>	Estado civil
<b>Profesión</b>	Situación laboral antes del ictus
<b>Situación laboral antes del ictus</b>	Situación laboral 6 meses
	Situación laboral 1 año
	Certificado de discapacidad
<b>Situación laboral 6 meses</b>	Situación laboral 1 año
	Días de baja

- 85 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

	Certificado de discapacidad
<b>Situación laboral 1 año</b>	Certificado de discapacidad

Las dependencias relacionadas con factores laborales y personales podrían considerarse de algún modo, dependencias esperadas, éstas pueden observarse en la tabla 24. Puede observarse que existe dependencia entre la situación laboral entre sí, tanto antes del ictus como a los 6 meses y un año, así como con los días de baja laboral y el certificado de discapacidad.

**Tabla 25: Dependencias factores ictus actual**

Factores relacionados con el ictus actual	
<b>Días de estancia</b>	Tipo de ictus
	NIHSS alta
	NIHSS 6 meses
	Eco TSA y Tc
<b>Tipo de ictus</b>	OSCS
	Laussage
	Tipo ictus hemorrágico
	Tto* antiagregante
<b>OSCS</b>	Lateralidad
	Laussage
	Tipo ictus hemorrágico
	NIHSS ingreso
	Rankin-m 6 meses
<b>Lausanne</b>	Tto antiagregante
	Tto anticoagulante
	NIHSS 6 meses
	Tipo ictus hemorrágico
<b>Enf. relacionada</b>	NIHSS 6 meses
	NIHSS 12 meses
<b>NIHSS Ingreso</b>	NIHSS alta
	NIHSS 6 meses
	NIHSS 12 meses
	Rankin-m 6 meses
	Rankin-m 1 año
<b>NIHSS alta</b>	NIHSS 6 meses
	NIHSS 12 meses

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

	Rankin-m 6 meses
	Rankin-m 1 año
	Tto antiagregante
<b>NIHSS 6 meses</b>	NIHSS 12 meses
	Rankin-m 6 meses
	Rankin-m 1 año
	Tto antidepressivo 12 meses
<b>NIHSS 1 año</b>	Rankin-m 6 meses
	Rankin-m 1 año
	Tto antidepressivo 12 meses
<b>Eco TSA y TC</b>	Rankin-m 6 meses
	Tto antidepressivo ingreso
<b>Rankin-m 6 meses</b>	Rankin-m 1 año
	Tto antiagregante
	Tto antidepressivo 12 meses
<b>Rankin-m 1 año</b>	Tto antiagregante
	Tto antidepressivo 12 meses
<b>Tto antiagregante</b>	Tto anticoagulante
	Tto antidepressivo 12 meses
<b>Tto antidepressivo alta</b>	Tto antidepressivo 6 meses
	Tto antidepressivo 12 meses
<b>Tto antidepressivo 6 meses</b>	Tto antidepressivo 12 meses

*\*Tto: Tratamiento*

Dentro de los factores relacionados con el ictus actual se han evidenciado múltiples dependencias como evidencia la tabla 25, la mayoría de ellas son esperables, a continuación, se analizan algunas de ellas, puesto que otras como el tipo de ictus con las clasificaciones etiológicas, el tipo de tratamiento o la dependencia entre las escalas NIHSS es razonable encontrarlas.

Puede observarse que los días de estancia hospitalaria dependen del tipo de ictus que tenga y de la alteración funcional que presenten estos pacientes medida a través de la escala NIHSS. Esta estancia también depende del resultado del estudio neurosonológico.

- 87 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

La enfermedad relacionada con el ictus parece que tiene dependencia con la alteración funcional medida a través de la escala NIHSS, tanto a los 6 como a los 12 meses, esto probablemente se deba a que el grado de disfunción del enfermo depende de su mecanismo causal o enfermedad.

No es de extrañar encontrar dependencia entre las escalas NIHSS y las escalas de Rankin-m, puesto que la discapacidad medida por esta última escala depende fundamentalmente en esta patología, de su capacidad física.

Si son sorprendentes las dependencias halladas con la ecografía de TSA y TC, con el Rankin-m a los 6 meses, probablemente el motivo sea el mismo que el que lleva a la dependencia con los días de estancia, en función de la patología o ausencia de ésta hallada en el estudio, dependen los días de estancia y el estado de discapacidad de estos pacientes. Lo que si es una dependencia inesperada es la relación entre estas ecografías y el tratamiento antidepresivo.

En el uso de fármacos a los 6 meses se han analizado las dependencias de todos los fármacos empleados entre sí y se ha observado que hay muy pocas, la mayoría de ellos se emplean de forma independiente; únicamente se observa dependencia en el uso de Acenocumarol y Bisoprolol, algo que podría ser previsible puesto que son dos fármacos que se usan en este tipo de pacientes de forma casi exclusiva en aquellos que sufren fibrilación auricular y en el caso de Bisoprolol y Fibratos, que es una dependencia no esperada. El resto de pacientes no se encuentran tomando siempre el mismo tipo de fármacos, cabría pensar que podría haber dependencia entre el ácido acetilsalicílico y la atorvastatina, debido a que, dentro de su grupo, son los fármacos más empleados, pero hay que tener en cuenta que, como se refleja en la tabla, los pacientes toman otros antiagregantes o anticoagulantes como prevención secundaria, e incluso, los pacientes con ictus hemorrágicos no los toman.

- 88 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Tabla 26: Dependencias de los factores farmacológicos un año

<b>Factores farmacológicos 1 año</b>	
<b>Ácido acetil salicílico</b>	Clopidogrel
<b>Bisoprolol</b>	Insulina
	Fibratos
<b>Insulina</b>	Fibratos

Dentro de las dependencias evidenciadas en los factores farmacológicos tras un año del IJ reflejadas en la tabla 26, la única que tiene una justificación clínica clara podría ser la del ácido acetilsalicílico con el clopidogrel, en aquellos pacientes que por diversos motivos clínicos reciben tratamiento con doble antiagregación. Sin embargo, las dependencias que se muestran en los otros fármacos, como se dijo, no tiene clara relación clínica.

Las únicas consultas que son dependientes entre si son las de rehabilitación con fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional, esto es debido a que por protocolo es rehabilitación quien establece la orden de tratamiento para las otras especialidades, motivo por el que todos los pacientes necesariamente han tenido que pasar antes por el este servicio. La otra dependencia, se encuentra entre fisioterapia y terapia ocupacional, es esperable encontrar esta dependencia puesto que son pacientes en ambos casos que tienen secuelas físicas y requieren de un trabajo combinado.

En las pruebas realizadas hay muy pocas pruebas que sean dependientes de otras, únicamente la ecografía transcraneal y de troncos supraaórticos, debido a que siempre se realizan en conjunto. Se ha visto también una dependencia al año con el electrocardiograma y el ecocardiograma probablemente porque son pruebas que se realizan muy a menudo en la consulta de cardiología. La dependencia entre electroencefalograma y Rm craneal que se muestra al año no tiene ningún motivo claro.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

### 3. ESCALAS EN EL ICTUS JUVENIL

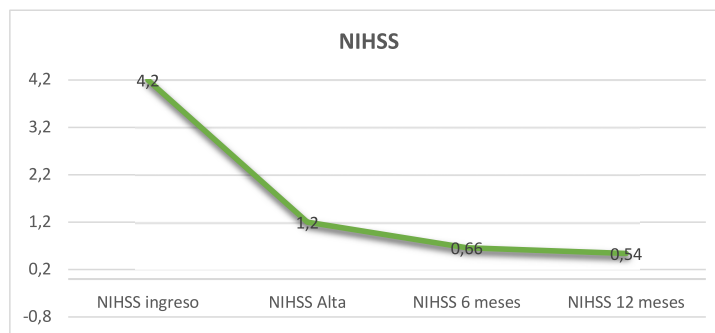
#### 3.1 ESCALAS DE DISCAPACIDAD Y FUNCIONALIDAD

##### 3.1.1 Escala NIHSS

La escala NIHSS es una escala funcional del ictus que permite correlacionar la puntuación de la ésta con el tamaño de la lesión cerebral [11]. En este caso, a menor puntuación, mejor es la situación funcional del paciente, de tal manera que 0 indicaría que la exploración es normal, siguiendo los parámetros de la escala. Como puede observarse, las medias de las escalas NIHSS en los diferentes momentos, van decreciendo, pasando de ser 4.2 (dt 5.68) en el momento del ingreso, seguido de 1.12 (dt 1.99) en el momento del alta, 0.66 (1.527) a los 6 meses y 0.54 (1.343) tras un año como muestra el gráfico 10, esta reducción de la puntuación, estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ), indica que existe mejoría progresiva en la función física de estos pacientes incluso hasta el año de haber sufrido el IJ.

Estos resultados de escala indican que la funcionalidad de los pacientes de media es buena, aunque como puede observarse, hay pacientes que ingresan con una NIHSS de 22, indicativo de ictus extenso, y que este máximo disminuya al alta y en la evolución es indicativo de que existe mejoría clínica y probablemente buenos resultados de los tratamientos en estas fases.

**Gráfico 10: Evolución Media NIHSS**



##### 3.1.2 Escala Rankin modificada

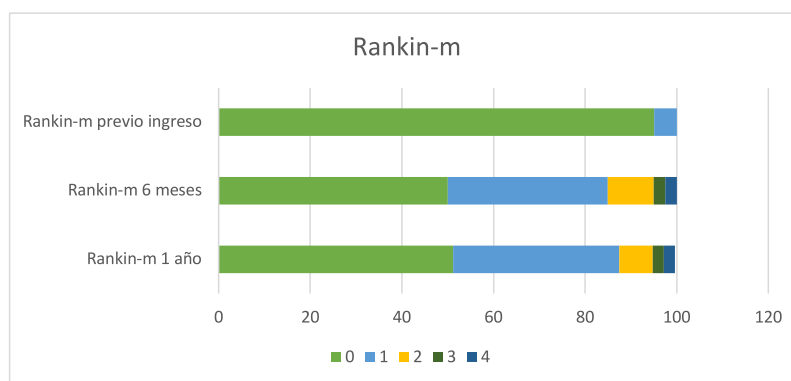
El 95.1% de los pacientes antes del ingreso tenían una escala de Rankin modificada



Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

(Rankin-m) de 0, indicando que eran completamente independientes antes del mismo. Solo el 4.9% tenían una escala de 1, lo cual indica que tenían algún síntoma previo, pero no interfería en su vida diaria. Este porcentaje disminuye tras el ictus como era de esperar, sin embargo, el porcentaje de pacientes con Rankin-m 0 es del 50 y 51.2% a los 6 meses y al año respectivamente, lo cual indica que al menos la mitad de los pacientes con ictus en este tiempo son completamente independientes y carecen de síntomas. El rango de pacientes independientes, Rankin-m entre 0-2 es también elevado en este periodo de tiempo, 95% y 95.1% respectivamente, como puede observarse en el gráfico 11.

Gráfico 11: Evolución escala Rankin-m



### 3.2 ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA

#### 3.2.1 EuroQol 5D

La escala EuroQol 5D, es una escala genérica de calidad de vida que se compone de 5 dimensiones de salud, cada una puntuada de menor a mayor alteración en cada dimensión. Además, tiene una pregunta de percepción del estado de salud y una escala analógica visual (EVA) que refleja el estado de salud del paciente en el momento de la encuesta. Tras las recodificaciones de la escala, la puntuación total va del 0 al 1, siendo el 1 el mejor estado de salud.

Como puede observarse en el gráfico 12 la media de esta escala a los 6 y 12 meses es de 0.67 (dt 0.231) y de 0.666 (dt 0.237) respectivamente, no existiendo diferencias entre ambas (p 0.872).

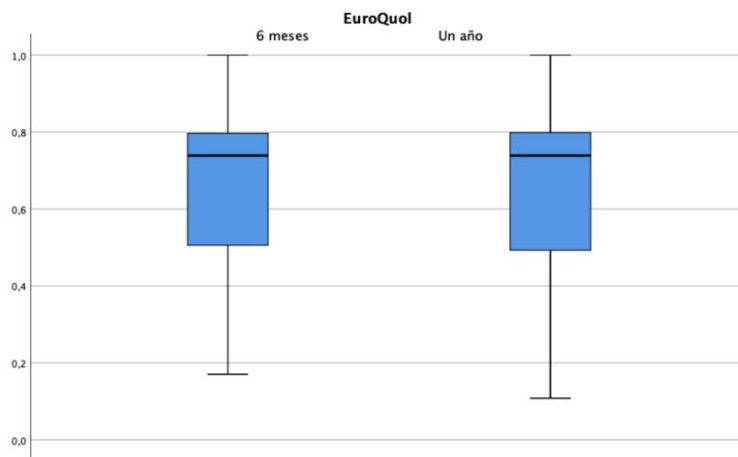
Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Gráfico 12: Escala EuroQol a los 6 y 12 meses



### 3.2.1.1 Dimensiones

#### 3.2.1.1.1 Dimensión de movilidad EuroQol

Como muestra la tabla 27, la dimensión de movilidad refleja que el 70% de los pacientes a los 6 meses no tiene problemas de movilidad. Lo llamativo es que el 30% de éstos, establezcan que sí tienen algunos problemas motrices, cuando la escala NIHSS muestra una media de puntuación de menos de un punto (0.66), lo cual indica que no presenta problema físico medible por esta escala, sin embargo, según la percepción propia del paciente, si hay alteración.

Con el paso del tiempo, no se observan cambios estadísticamente significativos ( $p: 0.257$ ), sin embargo, si se observa un ligero empeoramiento, pasando de tener algunos problemas el 30% de la muestra, frente al 36.3%.

La peor puntuación de esta dimensión de la escala no la padece ningún paciente en ninguno de los momentos analizados, que sería encontrarse en cama.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

**Tabla 27: Dimensión de Movilidad EuroQol**

Movilidad	6 Meses		1 Año	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
No tengo problemas para caminar	28	70	26	63.4
Tengo algunos problemas para caminar	12	30	15	36.6
Tengo que estar en cama	0	0	0	0
Total	40	100	41	100

**3.2.1.1.2 Dimensión de cuidado personal EuroQol**

En cuanto al cuidado personal, sucede algo similar que, con la dimensión de movilidad, donde la mayoría de pacientes no tiene problemas, 87.5% y 80.5% a los 6 y 12 meses, como muestra la tabla 28. Aunque se evidencia un empeoramiento a medida que pasa el tiempo, pasando de un 12.5% de pacientes que tienen problemas para lavarse o vestirse a los 6 meses, a un 19.5% al año, esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $p < 0.083$ ). Ningún paciente es incapaz de realizar su cuidado personal.

**Tabla 28: Dimensión de Cuidado personal EuroQol**

Cuidado Personal	6 Meses		1 Año	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
No tengo problema con el cuidado personal	35	87.5	33	80.5
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	5	12.5	8	19.5
Soy incapaz de lavarme o vestirme	0	0	0	0
Total	40	100	41	100

**3.2.1.1.3 Dimensión de Actividades cotidianas EuroQol**

A la hora de realizar las actividades cotidianas, como se indica en la tabla 29, aunque la mayoría sigue indicando que no tiene problemas para realizarlas (60%-61% a los 6 y 12 meses respectivamente), en esta dimensión si hay pacientes que son incapaces de realizar sus actividades, siendo de un 5 y un 4.9% en ambos casos, no existiendo diferencias con el paso del tiempo ( $p > 0.999$ ).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

**Tabla 29: Dimensión de Actividades cotidianas EuroQol**

Actividades cotidianas	6 Meses		1 Año	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	24	60	25	61
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	14	35	14	34.1
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	2	5	2	4.9
Total	40	100	41	100

#### 3.2.1.1.4 Dimensión de Dolor o Malestar EuroQol

La dimensión del dolor es de las peor puntuadas como puede verse en la tabla 30, más de la mitad de los pacientes presentan moderado dolor o malestar en los momentos de las entrevistas, y el 7.5% y 14.6% a los 6 y 12 meses respectivamente, presentan mucho dolor o malestar, empeorando esta dimensión con el paso del tiempo, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $p > 0.405$ ). Es llamativo que ésta sea una de las dimensiones peor puntuadas puesto que el ictus de por sí no genera dolor, y lo que sí podría generarlo serían sus secuelas, paresia, espasticidad, etc., pero como se ha visto anteriormente, la mayoría de los pacientes de la muestra no tienen una discapacidad física. Hay que tener en cuenta, que el EuroQol es una escala genérica de calidad de vida, y no es una escala específica del ictus.

**Tabla 30: Dimensión de Dolor o Malestar EuroQol**

Dolor o Malestar	6 Meses		1 año	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
No tengo Dolor	14	35	14	34.1
Tengo moderado dolor o malestar	23	57.5	21	51.2
Tengo mucho dolor o malestar	3	7.5	6	14.6
Total	40	100	41	100

#### 3.2.1.1.5 Dimensión de Ansiedad o Depresión EuroQol

Al igual que sucede con la dimensión del dolor, la dimensión de ansiedad y depresión es de las peor valoradas, en este caso, la mayoría de los pacientes, como se muestra en la tabla 31, 47.5% a los 6 meses, afirman estar moderadamente ansiosos y deprimidos y hasta un 15% muy ansiosos o deprimidos. Al año de haber sufrido un ictus, sí se

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

encuentra ligera mejoría, siendo el mismo porcentaje de pacientes, 43.9% los que no están ansiosos o deprimidos y los que lo están moderadamente, disminuyendo a un 12.2% aquellos que se encuentran con mucha ansiedad o depresión, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $p=0.248$ ).

**Tabla 31: Dimensión de Ansiedad o Depresión EuroQol**

Ansiedad o Depresión	6 Meses		1 año	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
No estoy ansioso ni deprimido	15	37.5	18	43.9
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	19	47.5	18	43.9
Estoy muy ansioso o deprimido	6	15	5	12.2
Total	40	100	41	100

**3.2.1.1.6 Estado general de salud comparado con los últimos 12 meses**

**Tabla 32: Estado general de salud EuroQol**

Estado general de salud comparado con los últimos 12 meses	6 Meses		1 año	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Mejor	10	25	14	34.1
Igual	10	25	17	41.5
Peor	20	50	10	24.4
Total	40	100	41	100

La percepción del estado de salud comparado con los últimos 12 meses en el momento de las entrevistas no varía a lo largo del tiempo. Como se muestra en la tabla 32 y en el gráfico 13, a los 6 meses de haber sufrido un ictus el 50% refieren tener peor estado de salud, frente a los 24.4% de los pacientes tras un año, sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $p=0.073$ ). Es llamativo que el 25% a los 6 meses y el 34.1% de los pacientes tras 12 meses de haber sufrido un IJ, tengan la percepción de que su estado de salud es mejor que en el año previo, como se verá más adelante en la investigación cualitativa, para algunos pacientes el tener un ictus significó el cambio en algunos aspectos de su vida, mejorando de esta manera la percepción de su salud.

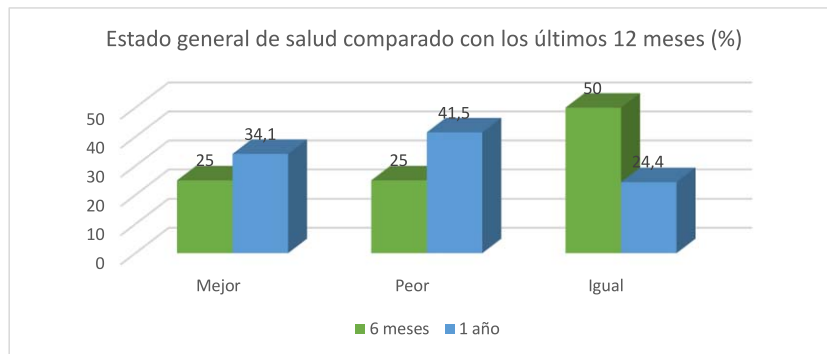
Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

**Gráfico 13: Estado general de salud EuroQol**

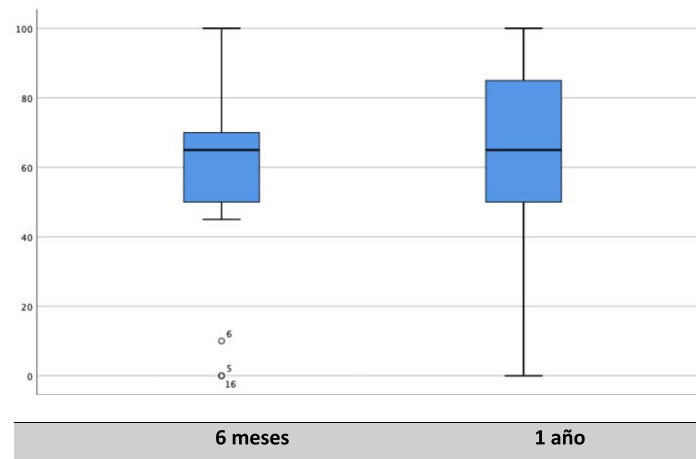


**3.2.1.1.7 Escala analógica visual**

Esta escala se puntúa de 0 a 100, siendo 0 el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor estado de salud imaginable.

La escala analógica visual (EVA) tiene una media tanto a los 6 meses como al año de haber sufrido un IJ de aproximadamente 62/100 (62.48 [dt 23.108] y 62.39 [dt 26.561] respectivamente). Esto indica que el estado de autopercepción de salud de los pacientes está un poco por encima de la mitad de la escala, sin variaciones tras haber pasado un año. En el gráfico 14 puede observarse la puntuación de estas escalas a los 6 meses y al año del IJ.

**Gráfico 14: Escala Visual Analógica**



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

### 3.2.1.2 Análisis de fiabilidad

En el estudio de fiabilidad se evidencia que la escala EuroQol 5D en esta muestra es fiable porque su alfa de Cronbach es de 0.743. En un análisis de media inicial con una variable de agrupación donde se encuentran las puntuaciones del percentil 25 y 75 no se evidencia ningún ítem de la escala que deba ser eliminado para mejorar esta fiabilidad, no evidenciándose preguntas que disturbren el resultado final.

Únicamente se conseguiría aumentar ligeramente el alfa de Cronbach de la escala eliminando la última dimensión de ansiedad o depresión, pero éste solo aumentaría a 0.768, por lo que se considera que la escala para esta muestra es fiable tal como está estructurada.

### 3.2.1.3 Análisis de componentes principales

El análisis de componentes principales de la escala EuroQol 5D al año de haber sufrido un IJ establece que hay dos componentes principales. Estos componentes agrupan por un lado la dimensión de movilidad, cuidado personal y actividades cotidianas y, por otro lado, la dimensión de dolor o malestar general y ansiedad o depresión.

Estas dos separaciones de componentes se podrían agrupar de la siguiente manera:

- **Componente Físico:**
  - Dimensión de movilidad
  - Dimensión de cuidado personal
  - Dimensión de actividades cotidianas
- **Componente Sensorial:**
  - Dimensión del dolor o malestar general
  - Dimensión de ansiedad o depresión

De esta manera se puede interpretar que los pacientes agrupan sus respuestas en función a estos dos componentes.

### 3.2.1.4 Interpretación General EuroQol

La calidad de vida de los pacientes con un IJ medida mediante la escala EuroQol-5D

- 97 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

muestra que las dimensiones peor valoradas no son las de la movilidad como cabría esperar, sino las de dolor y malestar, así como la de ansiedad. Con el paso del tiempo, no existe diferencia en la puntuación de esta escala, ni analizada de forma global, ni desgregándola por sus dimensiones y preguntas.

Como se ha mencionado, esta es una escala de autopercepción de la salud, y no una escala objetiva, por lo que estos hallazgos junto con el hecho de que las dimensiones peor valoradas sean la de dolor y malestar, así como la de ansiedad y depresión, puede hacer pensar que esta percepción de empeoramiento físico pudiera estar en relación con el estado de ánimo o alguna otra alteración no analizada específicamente en esta escala.

La fiabilidad de los resultados de esta escala para esta muestra es adecuada según su análisis de fiabilidad.

Los pacientes responden a las preguntas siguiendo dos patrones específicos, aquellos que tiene que ver con su situación física y su situación sensorial.

### **3.2.2 Escala SF-36**

La escala SF-36 es una escala de calidad de vida que se compone de 36 preguntas compuesta por 8 dimensiones: rol físico, dolor corporal, salud general, función física, vitalidad, función social, emocional y salud mental; y dos componentes finales, componente físico y mental. Cuanto mayor es la puntuación de la escala, mejor es el estado de salud.

En el gráfico 15 se muestra la puntuación de las escalas SF-36 a los 6 y 12 meses del IJ.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

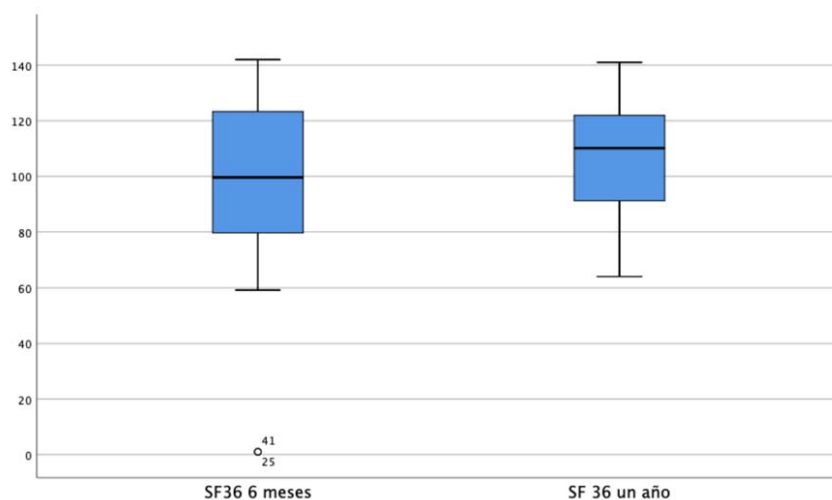
Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Gráfico 15: Puntuación Escala SF-36



La media de la puntuación total de la escala SF-36 es de 104, aproximadamente, tanto a los 6 como a los 12 meses (104.22 [dt 22.72] y 104.98 [dt 21.91] respectivamente), por lo que, en este caso, al igual que sucedía con el EuroQol, la calidad de vida en estos pacientes no se ve modificada con el paso del tiempo.

La dimensión que peor es puntuada es la del rol físico, tanto a los 6 como a los 12 meses tras el IJ.

La siguiente dimensión peor valorada es la de salud general seguida de la de vitalidad. Es llamativo que hay dimensiones que empeoran su puntuación tras un año de haber sufrido el IJ, como son la salud general, dolor corporal y función física, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre ellas.

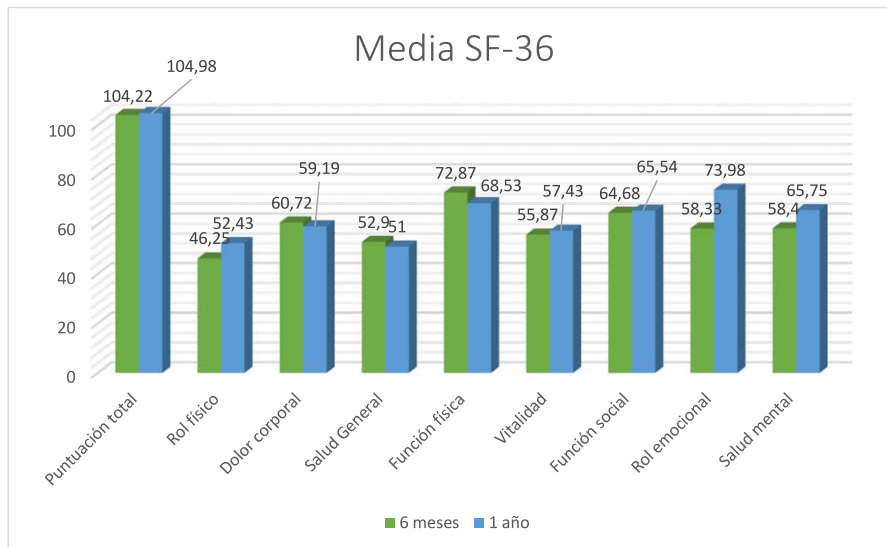
La dimensión que más mejora tras un año del IJ es la del rol emocional observándose diferencias estadísticamente significativas entre los valores de este rol y el de la salud mental, con mejora de éstos con el paso de 6 a 12 meses (p 0.009 y 0.004 respectivamente).

En el gráfico 16 se muestra la media de las puntuaciones de la escala SF-36

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>	
Identificador del documento: 3445150	Código de verificación: 2KuMtsnH
Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Gráfico 16. Media de puntuación de los roles de SF-36 a los 6 meses y un año.



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) respectivamente, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellas. Sin embargo, en el componente mental se evidencia una mejoría de la puntuación, como se observa en el gráfico 17, indicando una mejoría en el estado mental de estos pacientes con el paso del tiempo tras el IJ, de forma estadísticamente significativa (p 0.002). Estos hallazgos van en concordancia con los evidenciados en las 8 dimensiones en las que el rol emocional y la salud mental mejoraban con el paso del tiempo.

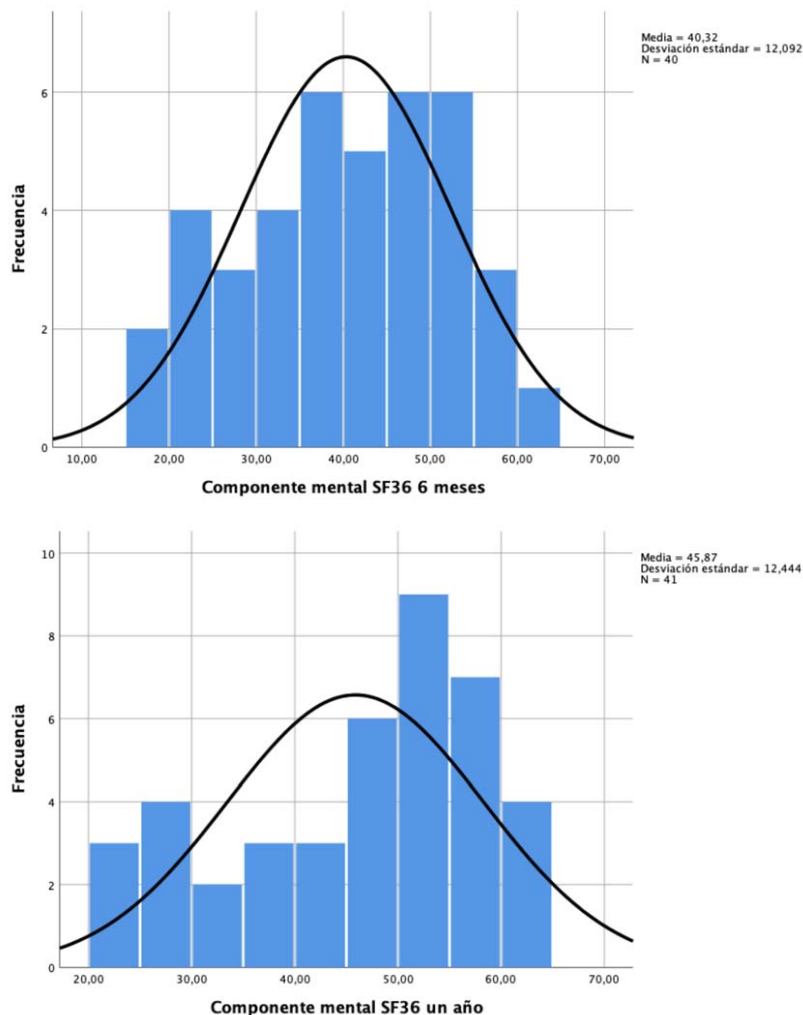
Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Gráfico 17. Componente mental SF-36



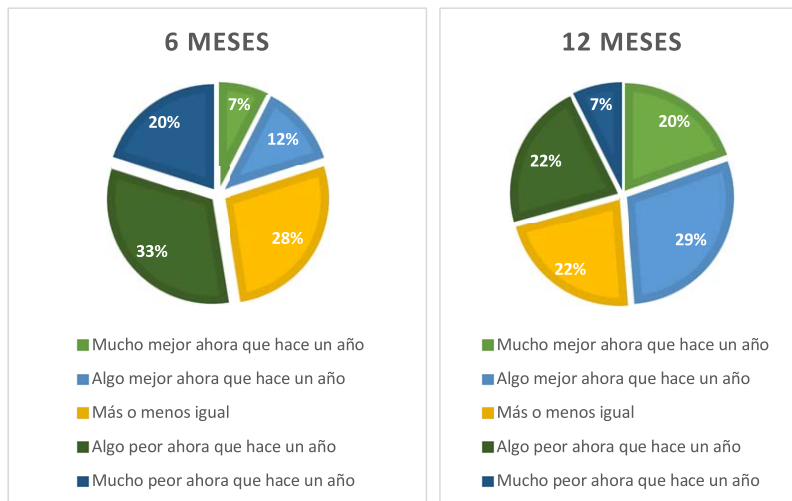
La mayoría de pacientes a los 6 meses del IJ tienen la sensación de que su salud es algo peor que la de hace un año (32.5%), como se ve en el gráfico 18, sin embargo, tras pasar un año, el 29.3% de los pacientes creen que es algo mejor ahora que hace un año, existiendo una mejoría en esta percepción de forma estadísticamente significativa ( $p = 0.004$ ).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

**Grafico 18: ¿Cómo diría que es su salud comparada con la de hace un año? SF-36**



**3.2.2.1 Relación con la población de referencia**

Los pacientes de la muestra presentan una puntuación media en cada uno de los roles por debajo de la media de su población de referencia según, las tablas publicadas para esta escala [49]. Solo hay dos roles en los que la calidad de vida medida por esta escala en algunos grupos de edad es mejor que en su franja de referencia:

- **Rol de salud mental:**
  - Mujeres entre 18 y 24 años: 2.4% de la muestra
  - Mujeres entre 25y 34 años: 2.4% de la muestra
  - Hombres entre 25 y 34 años: 4.8%
- **Rol de función social:**
  - Mujeres entre 25 y 34 años: 2.4%.

**3.2.2.2 Análisis de fiabilidad**

La escala SF-36 tiene un alfa de Cronbach de 0.550, esto indica que para esta muestra la escala no tiene una gran fiabilidad. Se han analizado las preguntas que pudieran estar desvirtuando la fiabilidad de dicha escala mediante un estudio de medias y solo se evidencia una pregunta que pudiera estar provocándolo, sin embargo, al eliminarla el

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>	
Identificador del documento: 3445150	Código de verificación: 2KuMtsnH
Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

alfa de Cronbach no aumenta. Por otro lado, se han analizado una serie de preguntas que eliminándose cada una de ellas aumenta el alfa de forma individual y grupal. Estas preguntas son la 1, 2, 6, 7, 8, 9.1, 9.4, 9.5, 9.8, 11.2, 11.3, 11.44. Si se eliminaran todas ellas el alfa de Cronbach aumentaría hasta 0.941. Sin embargo, al tratarse de una muestra de solo 41 pacientes, en una escala que ya está validada, se mantiene y se analiza la escala tal y como ha sido creada.

### 3.2.2.3 Análisis de componentes principales

En el análisis por componentes de la escala SF-36 se evidencia una disgregación de las 36 preguntas inicialmente en 8 componentes. Se reducen finalmente estos componentes a 2 por la dispersión de éstos y su mejor análisis y se evidencia una separación en los siguientes grupos:

- **Aspectos sensoriales positivos**
- **Aspectos físicos, de actividad y sensoriales negativos**

De esta manera se evidencia que los pacientes contestan de forma similar a preguntas relacionadas con la salud positiva, la vitalidad, energía, calma y dolor, por un lado, y por otro, las respuestas se agrupan de forma similar cuando se relacionan con la actividad física, problemas en las actividades cotidianas, nerviosismo, desánimo, agotamiento, cansancio y aspectos negativos sobre la salud.

Con todo ello se podría extraer que aquellos pacientes que sienten problemas físicos y dificultad para realizar sus tareas cotidianas, tanto por problemas físicos como emocionales, puntúan peor las sensaciones de ánimo negativas, como el agotamiento, el desánimo, la baja moral, así como que tienen una percepción más negativa de su salud.

### 3.2.2.4 Interpretación general de la escala SF-36

La escala SF-36 muestra que no existe variabilidad en la calidad de vida de estos pacientes con el paso del tiempo. Las dimensiones o roles peor valorados en esta escala son el rol físico, la salud general y vitalidad. De forma individual no existen diferencias entre los roles con el paso del tiempo, salvo en el caso del rol emocional y el de salud

- 103 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

mental, donde puede observarse una mejoría de la calidad de vida medida a través de estos roles en los pacientes con un IJ con el paso del tiempo. Los pacientes notan una mejoría en la percepción de su estado de salud con el tiempo tras un IJ.

La fiabilidad de esta escala es baja para esta muestra, probablemente esté en relación con el alto número de preguntas para una muestra de 41 pacientes. Aunque los resultados de esta escala se encuentran en consonancia con las otras escalas analizadas.

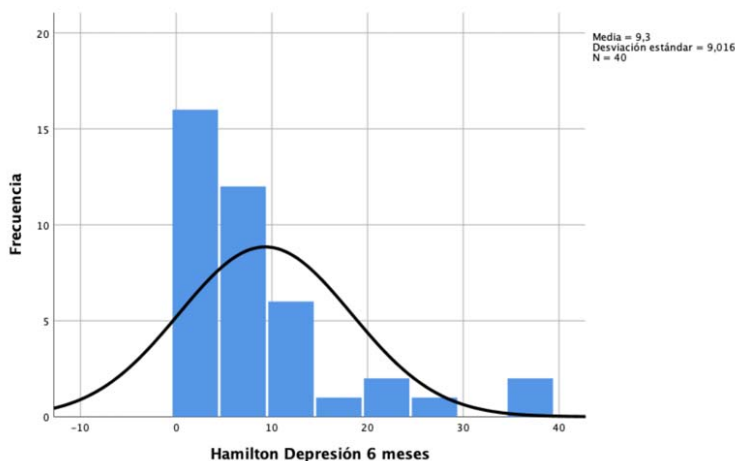
### 3.3 ESCALAS DE SALUD MENTAL

#### 3.3.1 Hamilton Depresión

La escala Hamilton depresión está compuesta por 17 preguntas, permitiendo establecer unos puntos de corte que delimitan la presencia de depresión o no y el grado de ésta. Cuanta más alta sea la puntuación asignada, peor es el estado de salud mental.

La media de la puntuación global de la escala a los 6 meses es de 9.3 (dt 9.016) y al año del IJ de 8.71 (dt 7.16), como se observa en el gráfico 19, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambas (p 0.599).

**Gráfico 19: Puntuación Hamilton Depresión**

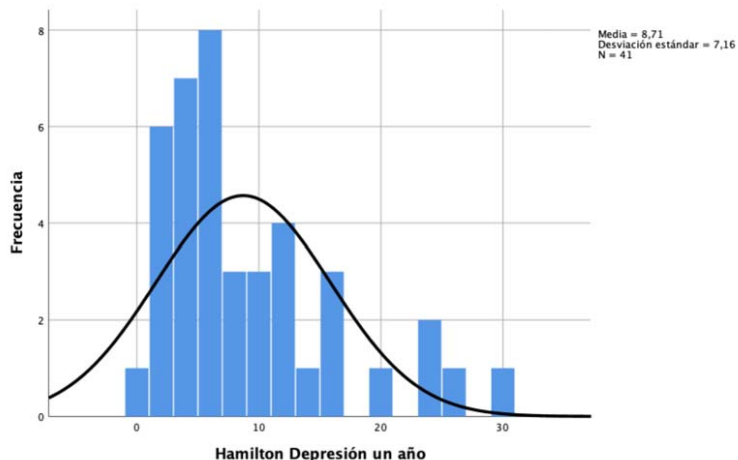


Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

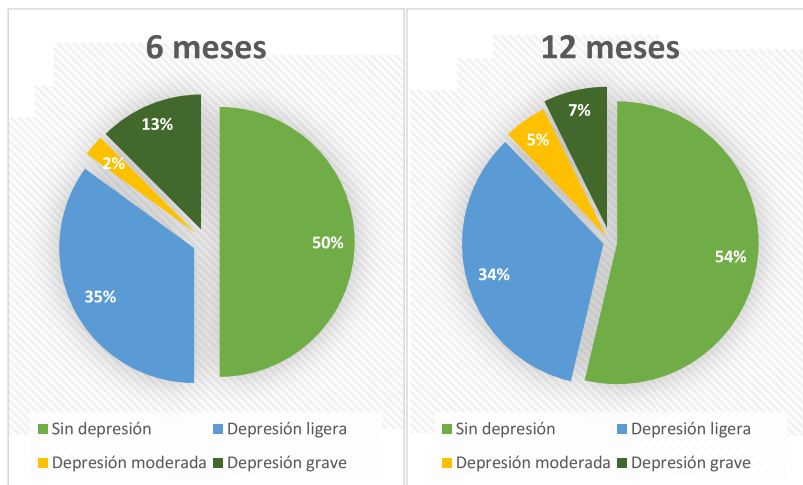
Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil



Según los resultados de esta escala, aproximadamente la mitad de los pacientes, 50% a los 6 meses y 53.7% al año, no padecen de depresión. Sin embargo, el porcentaje de depresión ligera es elevado en ambos casos, 35% y 34.1% respectivamente. La puntuación que delimita una depresión grave disminuye con el paso del tiempo, pasando de ser el 13% de la muestra a los 6 meses a un 7% al año del IJ como se indica en el gráfico 20.

Gráfico 20: Escala Hamilton Depresión



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>	
Identificador del documento: 3445150	Código de verificación: 2KuMtsnH
Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

No hay que olvidar que, a pesar de estos porcentajes de depresión, donde casi la mitad de la muestra tienen datos de ello, muy pocos pacientes son derivados a las unidades de salud mental y el porcentaje de tratamiento antidepresivo no supera en ningún caso el 19.5%, por lo que permite intuir que esta patología está infradiagnosticada en las consultas de seguimiento de estos pacientes.

### 3.3.1.1 Análisis de fiabilidad

La escala de Hamilton Depresión tiene un alfa de Cronbach de 0.844 por lo que se considera una escala con alta fiabilidad. En el análisis por ítems se evidencia que hay preguntas que disminuyen la fiabilidad de esta escala, y que eliminándolas ésta mejora, aunque de forma global la escala es adecuada. Estas preguntas son la 4, 9, 14 y 16 y al eliminarlas el alfa de Cronbach aumentaría hasta 0.906, pero se mantiene la escala tal y como ha sido diseñada.

### 3.3.1.2 Análisis de componentes principales

En el análisis factorial por componentes principales de la escala se evidencia inicialmente una agregación en 5 componentes, aunque existen valores dispersos, por lo que finalmente se reducen a tres componentes. Estos se encuentran agrupados de la siguiente manera:

- **Síntomas ansioso depresivos hipoactivos:** donde se encuentran preguntas relacionadas con el estado de ánimo deprimido, sentimientos de culpabilidad, ideas de suicidio, inhibición del pensamiento, incapacidad en el trabajo o sus actividades, etc.
- **Insomnio:** el segundo componente está agrupado por las tres preguntas sobre insomnio.
- **Síntomas ansiosos hiperactivos:** donde se evidencian síntomas de actividad en la ansiedad como molestias gastrointestinales, genitales, hipocondría y pérdida de peso.

De esta manera se interpreta que, en esta escala los pacientes que tienen un ánimo deprimido negacionista con inhibición en las actividades y en el pensamiento agrupan sus respuestas entre sí, al igual que aquellos que tienen más síntomas de carácter

- 106 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

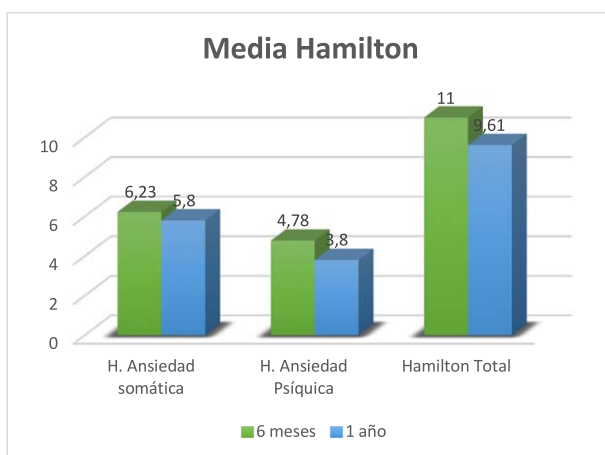
hiperactivo como los síntomas gastrointestinales, hipocondría, pérdida de peso, etc. Aunque hay preguntas de ansiedad que pueden tener también síntomas activos que se presentan en el primer grupo, son en menor grado. Como se evidenció anteriormente los pacientes con insomnio se encuentran también agrupados.

**3.3.2 Hamilton Ansiedad**

La escala Hamilton Ansiedad está compuesta por 14 preguntas y se encuentra dividida en dos partes, una de ansiedad somática y otra de ansiedad psíquica, siendo peor el estado de salud cuando más alta es la puntuación. Con esta escala, también se pueden establecer puntos de corte a partir de los cuales considerar la existencia o no de ansiedad y el grado de ésta.

Como se muestra en el gráfico 21, 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 respectivamente. Aunque a simple vista existe un leve descenso de la ansiedad con el paso del tiempo, no existen diferencias estadísticamente significativas (p 0.369).

**Gráfico 21: Media de la escala Hamilton Ansiedad**



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

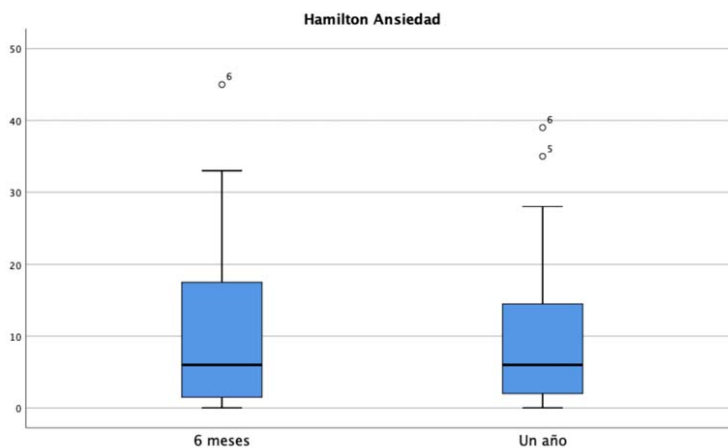
Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

En el gráfico 22 se muestran las puntuaciones de la escala Hamilton Ansiedad.

**Gráfico 22: Puntuación Hamilton Ansiedad**



Las dos sub escalas de Hamilton Ansiedad, ansiedad somática y psíquica, al igual que sucede con la escala global, disminuyen con el paso del tiempo, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa, por lo se consideran iguales (p 0.774 y 0.108 respectivamente).

Los pacientes que no presentan ansiedad, según los valores de esta escala, se encuentran alrededor del 50-60%, como se ve en la tabla 33. Llama la atención el 19.5% de pacientes que tienen síntomas de ansiedad severa en los 6 primeros meses tras un IJ.

**Tabla 33. 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%)

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

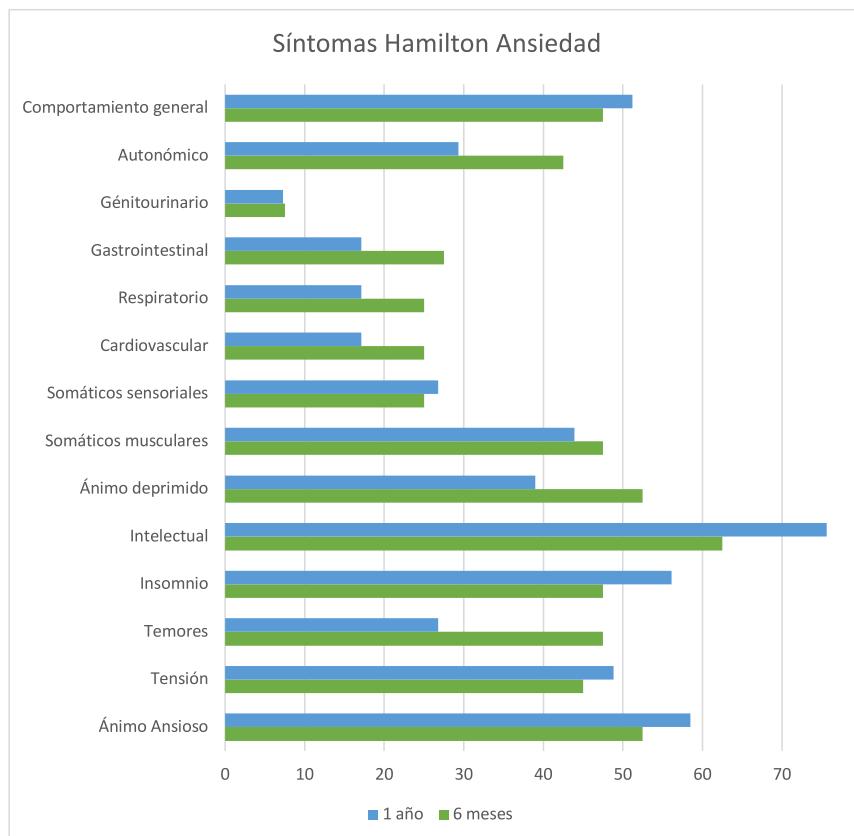
Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

El síntoma ansioso que más experimentan los pacientes es el cognitivo, donde éstos afirman tener dificultad para la concentración y sensación de mala memoria, tanto a los 6 como a los 12 meses de haber sufrido un IJ, estando presente en el 62.5% de los pacientes a los 6 meses y empeorando tras 12 meses hasta el 75.6%, como puede observarse en el Gráfico 23. El síntoma que peor puntuación recibe, “muy grave” es el cognitivo junto con el estado de ánimo deprimido.

**Gráfico 23: Síntomas de la escala Hamilton Ansiedad**



**3.3.2.1 Análisis de fiabilidad**

La escala Hamilton Ansiedad para el estudio de esta patología en pacientes con IJ tiene muy buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.923. Realizando un análisis por elementos, al eliminar preguntas que pueden distorsionar esta escala,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

aumenta la fiabilidad de la misma. Con la eliminación de las preguntas 3, 4, 5 y 14 aumentaría hasta .931, aunque no sería necesario.

### **3.3.2.2 Análisis de componentes principales**

El análisis factorial de la escala Hamilton Ansiedad muestra la presencia de tres componentes, sin embargo, prácticamente todas las preguntas se encuentran agrupadas en un solo componente, los otros dos están conformados por tres preguntas, en la que una de ellas es la percepción del examinador. Los otros componentes están formados de la siguiente manera:

- Síntomas autonómicos y comportamiento general de la entrevista, percepción del examinador.
- Síntomas genitourinarios.

De esta manera se podría establecer que en esta escala los pacientes responden de forma análoga prácticamente todas las preguntas de la escala, a excepción de aquellos que presentan síntomas autonómicos y genitourinarios.

En el caso de esta escala, lo esperable hubiera sido encontrar dos componentes puesto que la escala se encuentra así dividida, mediante síntomas de ansiedad física y somática, pero para esta muestra al menos, no se evidencia esta separación en sus respuestas.

### **3.3.3 Cuestionario General de Salud GHQ12**

El cuestionario general de salud o GHQ12 es un cuestionario elaborado mediante 12 preguntas que permite establecer la existencia o no de un posible trastorno psiquiátrico. Cuanta mayor sea la puntuación peor es su estado de salud.

La media de esta escala a los 6 meses tras un IJ es de 4.53 (dt 4.309) y de 3.29 (3.823) al año de haber sufrido el ictus, como se ve en el gráfico 24. Aunque se evidencia este ligero descenso en la media de ambas con el paso del tiempo, esta diferencia no es estadísticamente significativa, con una p de 0.058.

- 110 -

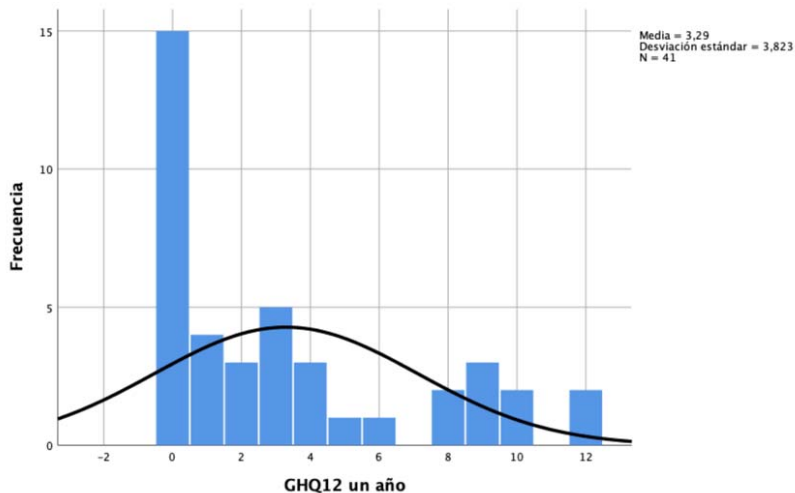
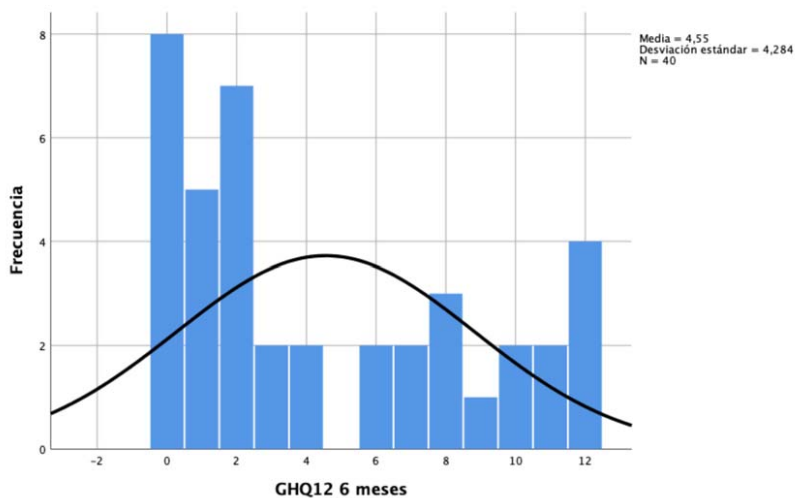
Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Gráfico 24: Puntuación GHQ12

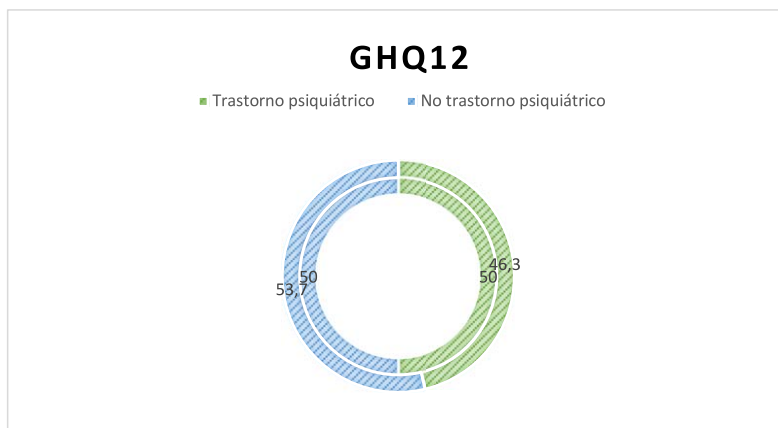


Según el GHQ12, aproximadamente la mitad de los pacientes tanto a los 6 meses como al año del IJ, 50% y 46.3% respectivamente, tendrían puntuación para padecer algún trastorno psiquiátrico del espectro de la ansiedad o depresión, como muestra el gráfico 25. Hay un ligero descenso al año, pero es llamativo que casi la mitad de los pacientes tengan datos de ansiedad o depresión según esta escala.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>	
Identificador del documento: 3445150	Código de verificación: 2KuMtsnH
Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Gráfico 25: Resultado GHQ12



Circunferencia interna: 6 meses. Circunferencia externa: 1 año.

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 la de Hamilton Ansiedad y Hamilton Depresión, donde se evidencia que casi la mitad de la muestra padece de este tipo de enfermedades.

### 3.3.3.1 Análisis de fiabilidad

La escala GHQ12 tiene una alta consistencia interna para esta muestra, con un alfa de Cronbach de 0.922, solo hay una pregunta que eliminándola conseguiría aumentar esta fiabilidad interna, la pregunta número 2, aumentando de esta manera el alfa a 0.926, pero no sería necesario por la alta consistencia que presenta esta escala tal y como se creó.

### 3.3.3.2 Análisis de componentes principales

El cuestionario GHQ12 se encuentra dividido en dos componentes principales, aunque esta división no muestra ningún patrón concreto y de hecho se muestra muy poca dispersión entre estos componentes, por lo que podría analizarse prácticamente como uno solo.

- 112 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

### 3.4 COMPARACIÓN ENTRE LAS ESCALAS

Para correlacionar las escalas se ha llevado a cabo un análisis de correlación bivariada con la Rho de Spearman, mostrándose los resultados en la tabla 34.

**Tabla 34: Comparación entre las escalas de calidad de vida y salud mental**

		EuroQol	SF-36	Hamilton Depresión	Hamilton Ansiedad	GHQ12
<b>EuroQol</b>	Coef. correlación	-	0.786	- 0.617	-0.573	- 0.481
	p	-	<0.001	<0.001	<0.001	0.001
<b>SF-36</b>	Coef. correlación	0.786	-	- 0.726	- 0.770	- 0.725
	p	<0.001	-	<0.001	<0.001	<0.001
<b>Hamilton Depresión</b>	Coef. correlación	- 0.617	- 0.726	-	0.895	0.739
	p	<0.001	<0.001	-	<0.001	<0.001
<b>Hamilton Ansiedad</b>	Coef. correlación	-0.573	- 0.770	0.895	-	0.773
	p	<0.001	<0.001	<0.001	-	<0.001
<b>GHQ12</b>	Coef. correlación	- 0.481	- 0.725	0.739	0.773	-
	p	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	-

Como se muestra, existe relación entre todas las escalas de calidad de vida y de salud mental, de forma estadísticamente significativa.

Del resultado de estas correlaciones se deduce que la escala EuroQol-5D se correlaciona de forma positiva con la escala SF-36, por lo que en ambos casos coincide que la calidad de vida medida por éstas dos, aumenta cuando se incrementa el valor de cada una de ellas.

La relación de la escala EuroQol-5D y SF-36 con las escalas Hamilton Depresión, Hamilton Ansiedad y GHQ12 es inversa. En el caso de estas escalas, cuanto mayor es su puntuación, peor es su estado de salud, por lo que cuanto mejor es la calidad de vida medida a través del EuroQol y SF-36, mejor es la salud mental de los pacientes.

Además de las comparaciones ya mencionadas, la escala Hamilton Depresión tiene una

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

correlación positiva con las escalas Hamilton Ansiedad y el GHQ12. En estos casos, la salud mental de los pacientes está relacionada mediante estas escalas, empeorando o mejorando en todas ellas de la misma manera que las demás.

**Tabla 35: 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
<b>EuroQol</b>	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
<b>SF-36</b>	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
<b>Hamilton Depresión</b>	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
<b>Hamilton Ansiedad</b>	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
<b>GHQ12</b>	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 cuanto a la relación con escalas de funcionalidad neurológica y discapacidad, como se muestra en la tabla 35, se evidencia que existe una relación inversa entre la escala EuroQol y SF-36 con el resultado de la NIHSS al ingreso, al alta, a los 6 meses y al año, por lo que cuanto peor están físicamente los pacientes peor es su calidad de vida. En este caso, existe relación estadísticamente significativa para todas salvo para la relación entre el EuroQol y la NIHSS al alta y al año presentando una p de 0.053 y 0.052 respectivamente.

En cuanto a la escala Rankin-m, sucede algo similar que con la NIHSS, existiendo una relación inversa entre la escala EuroQol y la SF-36 y éstas, siendo mayor su calidad de vida cuanto menor es su discapacidad, presentando una relación estadísticamente significativa. El Rankin previo de estos pacientes no influye en la calidad de vida tras un IJ.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

En el análisis se evidencia que existe una relación inversa entre el rol de función física de la escala SF-36 y discapacidad medida con la NIHSS y el Rankin-m, de tal manera que los pacientes tienen más calidad de vida a medida que su función física y discapacidad es menor.

La escala Hamilton Depresión no tiene relación con las escalas NIHSS y Rankin-m, parece que pudiera haber una relación positiva con el Rankin-m al año, pero tiene una p de 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, Por lo que la salud mental de estos pacientes es peor cuanto peor sea su discapacidad.

La escala EuroQol tiene relación estadísticamente significativa con la edad del paciente, de tal manera, que la calidad de vida es mejor en pacientes más jóvenes.

**4. COMPARACIÓN ENTRE FACTORES**

**Tabla 36: Comparación entre factores.**

Factor	Escala	p-Valor
<b>Sexo*</b>	Función física SF-36	0.048
<b>Tiempo de baja</b>	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
	Componente Físico SF-36	0.027
<b>Certificado de discapacidad</b>	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	
<b>Clasificación de Laussage</b>	EuroQol	0.026
	EVA	0.006
	SF-36	0.025

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

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
Situación laboral un año	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
	H. Ansiedad somática	0.027
	Componente físico SF-36	0.022
Situación laboral preictus	H. Ansiedad	0.041
	Salud General SF-36	0.044
	Componente físico SF-36	0.025
Cocaína	Dolor corporal SF-36	0.038
Cardiopatía *	Vitalidad SF-36	0.030
Dislipemia *	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
Tto previo con anticoagulantes *	Componente físico SF-36	0.001
	Función física SF-36	0.033
Tratamiento previo con	Componente físico SF-36	0.029
	EVA	0.016

- 116 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO  
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 18/05/2021 14:06:11

LILISBETH I. PERESTELO PEREZ  
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

19/05/2021 07:58:47

María de las Maravillas Aguiar Aguiar  
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

<b>anticonceptivos*</b>	GHQ12	0.030
<b>¿El hecho de haber sufrido un ictus le ha supuesto algún problema laboral? 6 meses *</b>	EVA	0.048
<b>¿El hecho de haber sufrido un ictus le ha supuesto algún problema laboral? 12 meses *</b>	EVA	0.022
	SF-36	0.017
	H. Ansiedad	0.041
	Función socialSF-36	0.041
	Rol emocional	0.046
	H-Ansiedad psíquica	0.034
<b>No trabajo menos horas, pero tengo problemas para rendir 6 meses*</b>	Función física	0.029
	Componente físico SF-36	0.047
<b>No trabajo menos horas, pero tengo problemas para rendir 12 meses*</b>	EuroQol	0.028
	Dolor corporal SF-36	0.011

\* U de Mann-Whitney

Los siguientes factores no se analizaron al tratarse de variables dependientes de otras: Fibrilación auricular, ansiedad o depresión, antiagregantes, Dm, ictus previo.

Se llevó a cabo un estudio de comparación entre factores incluidos en el estudio, con las escalas de calidad de vida y de salud mental empleando test no paramétricos como la U de Mann-Whitney y el Kruskal-Wallis. De las variables estudiadas, aquellas que presentan una relación estadísticamente significativa son las que se muestran en la tabla 36 y se explican a continuación.

En las escalas de calidad de vida se evidencia que existe diferencia en sus puntuaciones en función del sexo, el tiempo de baja laboral, el certificado de discapacidad solicitado, la clasificación etiológica del ictus, el resultado de la neurosonología, la realización de fibrinólisis, trombectomía y craneotomía, el estado civil, la situación laboral a los 6 y 12 meses de haber sufrido el IJ, incluso la situación laboral pre-ictus, el consumo de cocaína, la presencia de cardiopatía, dislipemia y tratamiento con anticonceptivos orales previo al ictus, los problemas laborales generados por el ictus y el rendimiento a los 6 y 12 meses después del IJ.

En el caso del sexo, los pacientes varones presentan mejores puntuaciones en la calidad de vida en cuanto al rol de función física de la SF-36.

- 117 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

Aquellos pacientes a los que se les realizó en fase aguda un tratamiento con fibrinólisis y trombectomía tienen peor calidad de vida, empeorando especialmente el componente mental y la función social y rol emocional de la escala SF-36. Del mismo modo, los pacientes a los que se le realizó craniectomía tienen puntuaciones inferiores en el EuroQol y en la escala EVA, por lo tanto, peor calidad de vida.

Paradójicamente, los pacientes que antes del ictus tenían diagnosticada una cardiopatía tienen más vitalidad en la escala SF-36.

La ausencia de dislipemia hace aumentar los valores de calidad de vida tanto a través del EuroQol y EVA como de la SF-36, con mejores resultados concretamente en el rol de función física, rol físico y dolor corporal de la SF-36.

Los pacientes que toman anticoagulantes orales tienen peor función física medida a través de la SF-36, probablemente esto se deba a que esta medicación es parte del tratamiento de ciertas cardiopatías, las cuales podrían limitar la función física del enfermo. Aquellas pacientes mujeres que se encuentran en tratamiento con anticonceptivos orales presentan valores más altos de la percepción de su salud a través de la escala EVA.

La situación laboral de estos pacientes afecta a su calidad de vida, aquellos que no han sufrido ningún problema laboral a los 6 meses y el año del IJ, tiene mejor calidad de vida mejorando sus puntuaciones a través de la escala EVA, EuroQol, SF-36 y especialmente en el rol social y emocional de la SF-36 y el componente físico. Aunque se evidencia que los pacientes tienen mejor calidad de vida si no tienen ningún problema laboral, de forma paradójica se observa que aquellos que tienen problemas para rendir en el trabajo tienen mejores datos en sus puntuaciones de la función física en la escala SF-36 a los 6 meses y del EuroQol a los 12 meses tras el IJ. Los pacientes que se encuentran activos laboralmente y los estudiantes a los 6 y 12 meses, frente a los que tienen una incapacidad laboral permanente muestran mejores datos de calidad de vida en todas las escalas. Aquellos que no han estado de baja laboral frente a aquellos que han estado 6

- 118 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

meses o más, también tienen mejor calidad de vida. Derivado de esta situación laboral también se evidencian datos de mejora en la calidad de vida de aquellos pacientes que no tienen ni han solicitado su certificado de discapacidad, frente a aquellos que sí lo poseen, con mejora en todas las escalas.

En cuanto al mecanismo de producción del ictus, su clasificación etiología demuestra que aquellos pacientes que tienen un ictus de origen indeterminado frente a los cardioembólicos y aterotrombóticos sin estenosis tienen mejor calidad de vida.

Las escalas de salud mental, Hamilton Depresión, Hamilton Ansiedad y GHQ12, muestran diferencias en su puntuación en función del certificado de discapacidad, el resultado de la neurosonología, la situación laboral pre-ictus, 6 y 12 meses tras el IJ, el tratamiento previo con anticonceptivos orales y el haber padecido problemas laborales tras el IJ.

Como cabría esperar, no solo la calidad de vida se ve afectada en aquellos pacientes que no se encuentran activos laboralmente o tienen bajas prolongadas, también la salud mental se resiente, evidenciándose peores datos de salud mental en aquellos pacientes que se encuentran bajo una incapacidad laboral permanente que aquellos estudiantes y pacientes en activo. La ansiedad psíquica es superior en aquellos que tienen un certificado de discapacidad frente a los que no lo tienen ni lo han solicitado.

Las pacientes consumidoras de anticonceptivos orales tienen menor puntuación en el cuestionario GHQ12, por lo que su salud mental es mejor que las no consumidoras, evidenciándose que tienen mejor salud mental y mejor percepción de su salud general como se ha nombrado anteriormente. Al igual que sucedía con las escalas de calidad de vida, aquellos pacientes que presentan problemas laborales tras un año del IJ tienen más ansiedad medida a través de la escala Hamilton Ansiedad, especialmente en las escalas de ansiedad psíquica.

- 119 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## **5. IMPACTO SOCIOECONÓMICO EN EL ICTUS JUVENIL**

Para analizar el impacto económico que el IJ ha tenido en los pacientes se han analizado dos tipos de costes, los costes directos y los costes indirectos.

### **5.1 COSTES DIRECTOS**

Los costes directos sanitarios que se han tenido en cuenta en este estudio son los relacionados con el consumo de fármacos, pruebas complementarias, consultas a especialistas, consultas de atención primaria, ingresos y visitas a urgencias, material ortoprotésico y el transporte. Dentro de esta categoría se analizó tanto el coste incurrido por el paciente como por el sistema público.

#### **5.1.1 Coste farmacológico**

El gasto en farmacia comunitaria de los pacientes tras un IJ desciende con el paso del tiempo, la media de gasto mensual en los 6 primeros meses es de 45.43 euros (d.t. 65.96) y de 41.67 (d.t. 59.47) en los 6 meses siguientes. Esta diferencia es estadísticamente significativa con una p de 0.026.

El desembolso que el paciente realiza es menor, puesto que el coste íntegro de la medicación no lo asume el enfermo. El gasto medio para el paciente es de 16.82 y 15.81 euros en los dos primeros semestres tras el IJ respectivamente. Esta disminución en el coste con el paso del tiempo también es estadísticamente significativa con una p de 0.037.

El gasto anual medio en fármacos para en este tipo de pacientes es de 521.6 euros (d.t. 745.38), gastando el paciente de su economía personal de media 189.27 euros anuales (d.t. 300.46).

El gasto total al mes en los dos semestres y el gasto total anual se muestra en la tabla 37.

- 120 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

**Tabla 37: Gasto mensual por semestres y total anual en euros**

	Primer semestre	Segundo semestre	Anual
<b>Gasto total</b>	45.43	41.67	521.6
<b>Gasto paciente</b>	16.82	15.41	189.27

### 5.1.2 Coste de las pruebas complementarias

El coste de medio en pruebas complementarias tras el alta en los pacientes con un IJ es de 392.84 euros en los primeros 6 meses (d.t. 520.91) y de 155.81 euros en el segundo semestre (d.t. 229.28) con una diferencia estadísticamente significativa ( $p: 0.006$ ).

La gran mayoría de este gasto lo realiza la seguridad social, ningún paciente se lo costea de forma privada y en solo el 7.3% en los primeros 6 meses y 4.8% en el segundo semestre, se realizan las pruebas a través de un seguro de salud privado.

El gasto medio anual en pruebas complementarias por estos pacientes es de 546.32 euros.

### 5.1.3 Coste de las consultas de especialidades

A diferencia de lo que sucede con el coste en farmacia y en pruebas complementarias, el gasto en consultas de especialidades no desciende con el paso del tiempo, puede evidenciarse una leve caída en el gasto, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $p: 0.171$ ), siendo de 946.49 euros en el primer semestre (d.t. 1464.5) y de 809.88 en el segundo (d.t. 1692.42).

Aunque la mayor parte del gasto la sigue haciendo la seguridad social, el paciente costea directamente 63.25 euros de media en los primeros 6 meses (d.t.345.85) y 17.56 euros en el segundo semestre (d.t. 112.44).

El coste total anual medio en consultas es de 1628 euros por paciente

### 5.1.4 Coste de las visitas a atención primaria

En estos costes se incluyen las visitas al médico de atención primaria y a enfermería.

- 121 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

El coste medio de las consultas en atención primaria en los pacientes con IJ es de 184.59 euros en los primeros 6 meses del ictus (d.t.184.59) y 70.06 euros en los 6 meses siguientes (d.t. 154.2). A diferencia de lo que sucede con las consultas de atención especializada, el gasto en atención primaria si desciende de forma estadísticamente significativa con el paso del tiempo (p: 0.005). El coste de estas consultas es sufragado íntegramente por la seguridad social.

#### **5.1.5 Coste de los ingresos y visitas a urgencias a causa del ictus**

Los pacientes con IJ tienen una baja tasa de reingresos y visitas a urgencias. En la muestra solo se evidenció que hubo ingresos en relación con la realización de arteriografías de control según la patología. El gasto medio en este concepto es de 56.25 euros en los 6 primeros meses (d.t. 181.79), aumentando éste a 256.79 en los 6 meses consecutivos (d.t.1624.13). Este incremento está relacionado con la realización de las arteriografías de control, que habitualmente se han realizado tras los 6 primeros meses, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p: 0.005)

#### **5.1.6 Coste del material ortoprotésico**

El coste del material ortoprotésico no varia con el tiempo de forma estadísticamente significativa (p:0.144), siendo el importe del gasto medio en los 6 primeros meses de 17.4 euros (dt 77.33) y en los 6 meses consecutivos de 0.46 euros (dt 2.97) Al igual que sucede con el resto de gastos, la mayor parte de éste recae sobre la seguridad social, costeando el paciente una media de 2.17 y 0.293 euros en el primer y segundo semestre tras el ictus, respectivamente (dt 8.32 y 1.87 respectivamente).

#### **5.1.7 Coste en transporte**

El gasto en transporte de los pacientes con un IJ es de 146.26 euros de media en los 6 primeros meses (dt 299.69), con una leve variación en el segundo semestre, 147.69 euros (dt 437.03). Aunque la mayoría de los desplazamientos los sufraga el paciente, siendo el medio de transporte más empleado el coche particular, el gasto que realiza la seguridad social es mayor puesto que paga los costes de las ambulancias, siendo este transporte más caro que el coche particular o el transporte público. El gasto que realiza

- 122 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

el paciente es de 43.03 euros en el primer semestre tras el IJ y de 28.29 euros en el segundo semestre (dt 80.26 y 55.57 respectivamente).

**5.1.8 Costes totales directos**

**Tabla 38: Costes totales anual**

	Paciente	Seguridad Social	Total
Farmacia	189.27	332.33	521.60
Pruebas complementarias	0	539	539.1
Atención especializada	79.26	1521.68	1600.94
Atención primaria	0	250.15	250.15
Ingresos y visitas a urgencias	0	305.42	305.42
Material ortoprotésico	2.47	15.39	17.44
Transporte	70.28	221.54	290.39
<b>Total Gastos directos</b>	<b>341.25</b>	<b>3183.79</b>	<b>3525.04</b>

*Media de coste anual en euros*

Como refleja la tabla 38, el coste medio total anual directo de un IJ es de 3525.04 euros. Las desviaciones típicas de los costes totales de farmacia, pruebas complementarias, atención especializada, atención primaria, ingresos y visitas a urgencias, material ortoprotésico, transporte y total son las siguientes respectivamente: 745.38, 574.96, 2846.86, 356.61, 1605.48, 76.35, 686.23 y 4084.74.

**5.2 COSTES INDIRECTOS**

Los costes indirectos del IJ empleando la teoría del capital humano ascienden a 19120 euros anuales de media por paciente, como muestra el gráfico 26. Esta cifra muestra el coste por pérdida de productividad de los pacientes y sus cuidadores que tras un IJ no están activos laboralmente por distintos motivos, incapacidad laboral transitoria, permanente o se encuentran en el paro, o se vieron obligados a abandonar sus trabajos para ejercer de cuidador del paciente con IJ.

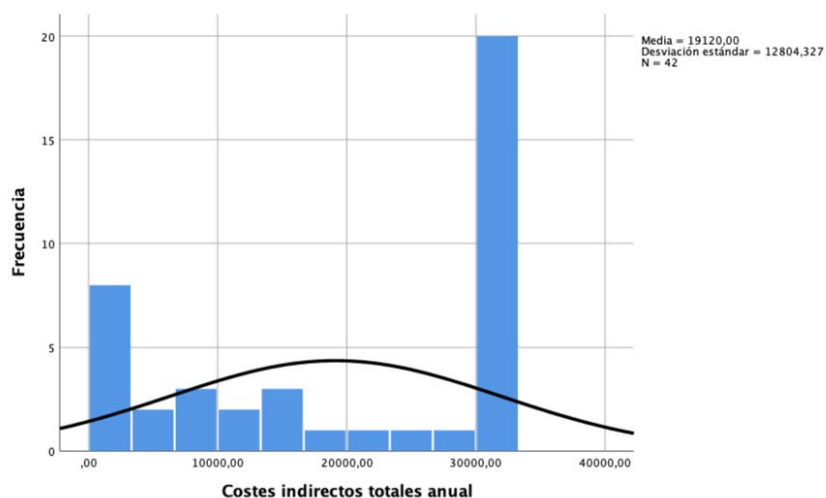
Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Gráfico 26: Costes indirectos



Atendiendo únicamente al coste por pérdida de productividad de los pacientes que se encuentran de baja laboral, éstos son 1611.5 euros anuales por paciente (véase tabla 39).

Tabla 39: Media de costes anuales indirectos

	Costes	d.t.
<b>Pacientes de baja laboral</b>	16115.55	12063.1
<b>Pacientes sin trabajar</b>	18838.53	12831.17
<b>Pacientes sin trabajar + cuidador</b>	19120	12804.32

5.3 COSTES TOTALES

El coste total anual del un paciente con un IJ es de 22645.04 euros. Un 15.5% son gastos directos del ictus y el 84.5% restantes son costes indirectos, como puede verse en la tabla 40.

Tabla 40: Costes totales del IJ

	Costes Directos	Costes indirectos	Total
<b>Euros</b>	3525.04	19120	22672.22
<b>Porcentaje</b>	15.5	84.5	100

d.t. del coste total: 14091.77

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

## RESULTADOS ESTUDIO CUALITATIVO

**Tabla 41. Características de los pacientes con ictus juvenil que participaron en las entrevistas.**

Participantes	Edad	Sexo	Tipo de ictus	Tto Fase Aguda	Trastorno del lenguaje	M.O.C.A.
Participante 1	25	Mujer	Isquémico	No	Sí	30/30
Participante 2	40	Mujer	Isquémico	Sí	Sí	26/30
Participante 3	50	Hombre	Isquémico	Sí	No	30/30
Participante 4	47	Mujer	Hemorrágico	No	No	22/30
Participante 5	22	Mujer	Isquémico	No	No	30/30
Participante 6	44	Hombre	Isquémico	No	No	29/30
Participante 7	47	Mujer	Isquémico	No	No	25/30
Participante 8	45	Mujer	Isquémico	No	No	24/30
Participante 9	47	Mujer	Hemorrágico	No	No	22/30
Participante 10	41	Mujer	Isquémico	No	No	26/30

\*M.O.C.A: Montreal Cognitive Assessment; Tto= Tratamiento.

\*Tto: Tratamiento

Un 80% de las personas entrevistadas son mujeres, con una edad media de 40.8 años, habiendo sufrido la mayoría (80%) un ictus isquémico, como se muestra en la tabla 41. Solo el 20% de las personas entrevistadas recibió tratamiento en fase aguda del ictus mediante fibrinólisis endovenosa. El problema en el lenguaje solo se presentó en el 20% de las personas entrevistadas, con un grado leve de afectación puesto que de otra manera no hubiesen podido participar en las entrevistas. El M.O.C.A se realizó a todos los participantes, solo dos de ellos no han superado el punto de corte (26 puntos) en el M.O.C.A. y por tanto requerirían una evaluación cognitiva reglada y una anamnesis exhaustiva.

Para todos los entrevistados, se analizó su situación general actual y la experiencia de haber sufrido un ictus juvenil, así como la percepción de la atención recibida en relación con el proceso patológico. La mayoría de las personas refirieron que su situación actual tras haber sufrido un ictus había cambiado y señalaron la falta de información médica y

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

sobre aspectos sociales como el principal problema percibido durante el proceso asistencial.

Inicialmente se planteó la muestra cualitativa con pacientes que hubiesen recibido tratamiento con tromboectomía, lo cual, finalmente no fue posible realizar puesto que los pacientes que había recibido este tratamiento y no sufrían un trastorno del lenguaje severo se habían trasladado a residir a otra isla o a la península ibérica, por lo que no fue posible realizar la entrevista presencial. A tratarse de la investigación cualitativa esto no alteró el diseño ni los resultados, puesto que, según las bases de este tipo de investigación, la muestra es dinámica, pudiendo adaptarse según la situación [4].

### **1. EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN ICTUS JUVENIL**

El análisis de la estas experiencias se ha dividido en seis subtemas:

- Impacto general del ictus juvenil
- Secuelas y adaptación a la vida actual
- Situación laboral
- Situación académica
- Experiencia e impacto familiar
- Alteración cognitiva

#### ***1.1 Impacto general del ictus juvenil***

La primera sensación ante el diagnóstico de la mayoría de las personas fue negativa, algunas refieren “haberse quedado en shock”, “desubicados”, “se me cayó el mundo encima”, etc., incluso alguna prefería creer que no era verdad, aunque en un caso la persona se sintió aliviada por el diagnóstico, imaginándose previamente que la situación podría ser peor. La mayoría de las personas se sintieron asustadas ante la situación, no solo se les acababa de diagnosticar un ictus en edad juvenil, sino que el desconocimiento de la enfermedad hizo que se magnificase el pronóstico y la evolución que ésta podría tener. Hubo alguna persona entrevistada que no podía creer el diagnóstico por la edad que tenía y porque carecía de factores de riesgo, lo cual le generó además desconfianza. A esto además se le sumó que era la primera vez para muchas personas que ingresaban en un hospital y que en ese momento “se paralizaba su vida”.

- 126 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

[...]pues yo creo que ni la vi, yo creo que en ese momento yo entre como en una especie de shock, que fueee es como ..... [M22-I]

[...]Ya una vez entré cuando me hospitalizaron, en mi cabeza solo decía “voy a empezar a trabajar, voy a empezar a trabajar, voy a empezar a trabajar, voy a empezar a trabajar, o sea, adiós. El trabajo y el trabajo de fin de máster, esas dos cosas era lo que tenía en mi cabeza. No me pueden hospitalizar, . [M25-I]

[...]Yo todavía digo que te equivocaste, que no fue. (risas). . [M25-I]

[...] puffff se me cayó el mundo. [H50-I]

[...]Pues en cierto modo mm aliviada de queee es esto es eso lo que hay y ya esta nooo puede haber otro diagnostico que yo que se que empiezas a pensar que puede ser otra cosa yyy y que un poco de rabia porque dices, pero si no tengo ningún factor de riesgo digamos, porque me pasa esto a mí un poca si mmm contradictorio no? Porque . [M47-I]

[...]bueno, cuando me ingresaron un poco me asusté porque me dejaron en una sala así en un pasillo y estuve toda la noche...la primera noche que estaba en hospital.... cualquier tipo de luz... el dolor de cabeza de la primera noche del ictus que era insoportable...y la luz me molestaba mucho... toda la noche pero esta luz no la apagaron... ni... ni ni... .[H44-I]

El ictus juvenil es una enfermedad importante y que produce un impacto en la vida de las personas, en diferente grado según la persona afecta, pero en la mayoría de las personas entrevistadas se evidencia un cambio en sus vidas, presentando sentimientos dispares, no existe unanimidad en la percepción de su situación, pero la mayoría coinciden en afirmar que existe este cambio. Las personas que han notado esta transformación sienten que tienen más dificultad en su vida diaria o se han encontrado más limitadas, otras sintieron la preocupación de que les pueda volver a suceder, y otros simplemente se sienten afortunadas por encontrarse bien.

[...] Yo bien. Yo, yo, yo, como nunca he tenido miedo a vivir, pues es lo que hay, no he pensado mucho más, he salido adelante, lo mejor que he podido. [M40-I]

- 127 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

*[...] ahora tengo unas condiciones que son diferentes de vida, pero soy afortunada. . [M40-I]*

*[...]y con los ictus pues todavía tengo como mas... como se dice... no me sale la palabra ahora, me siento más... cuál es la palabra es que... bueno más limitada pues, esa no es la palabra pero por decir algo más limitada que antes. [M41-I]*

*[...]ha dado un giro hacia atrás, porque antes de que sea una mujer dependiente, independiente ahora soy una mujer dependiente de otras personas. [M41-I]*

Los planes y el estilo de vida de estas personas han cambiado, viéndose modificados en alguna ocasión para mejor, especialmente aquellas personas que cambiaron su estilo de vida perjudicial por uno más saludable. **Algunos mejoraron sus dietas y otros además dejaron a un lado sus adicciones.** En la mayoría de los casos, las personas que han sufrido un ictus juvenil han perdido su independencia, otras han tenido que modificar sus hobbies y la mayoría no han sido capaces de reincorporarse a su vida diaria como la tenían antes del ictus.

Muchas de estas personas no quieren pensar en el futuro o piensan en él como una situación angustiosa, siendo llamativo, que estas personas que se ven sin futuro, no son aquellas que tienen más secuelas motoras o invalidantes, sino que son personas sin graves secuelas físicas, pero que no han sido capaces de afrontar, por diferentes motivos, esta nueva situación.

*[...] ahora mismo mi vida es eeee esperar esperar esperar ha cambiado todo 100% ha girado 100%. [H50-I]*

*[...] mis aficiones, mis hobbies son muchos, muchos de ellos los he tenido que cortar o limitar. . [H50-I]*

*[...]yo me encuentro bien... bueno también he quitado mucho vicio que tenia antes que por una parte me ha hecho bien tenerlo..[H44-I]*

*[...]¿Como se ve usted en un futuro?*

*P: no lo se... jejeje ni le se contestar... porque me veo casi sin futuro.[H44-I]*

- 128 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

*[...] Lo que ha cambiado es la forma de ver la vida y de valorar mas lo importante y no lo material.*

*[M22-I]*

Sin embargo, no todas las personas han visto esta situación como eminentemente negativa, la mayoría han sido capaces de encontrar el aspecto positivo de haber sufrido un ictus, especialmente lo ven como una segunda oportunidad que les da la vida, y una posibilidad de hacer cambios en ésta que mejoren su situación vital y su calidad de vida. Hay pacientes que el aspecto positivo que ven es el reforzar la percepción que tenían de su familia, como algo bueno y ha muchas personas les permite hacer un cambio de vida que no se habían atrevido a realizar antes de lo sucedido. Fue inhabitual que alguna persona no encontrase nada positivo de haber sufrido un ictus a su edad. Aun así, el impacto global de esta patología en estos pacientes no es bueno, modifica, en muchos casos, a peor, la calidad de vida de estas personas.

*[...] eeeeeee hombre pues por decirlo de otra forma a nivel mental sí, a nivel mental me he tomado la vida más pausada porque yo sabia que el tren de vida este que yo tenia no era bueno entonces ahora mismo la vida nueva es de distinta forma, más pausada... [H50-I]*

*[...] hay que valorar la vida es una segunda oportunidad que se me ha dado y ya después de eso todo es positivo*

*[...]Pues valorar los, por ejemplo, a nivel sentimental los que de verdad te apoyan y te ayudan a llevar este tipo de de de accidentes, pues valoras las personas que están a tu lado, lo. [M22-I]*

### **1.2 Secuelas y adaptación a la vida actual**

La mayoría de las personas tienen secuelas físicas menores y secuelas no motoras, sin alteración funcional física, pero que sí alteran su calidad de vida. La principal secuela que refirieron la mayoría fue el **cansancio**, el cual provoca cierta discapacidad y una disminución de su calidad de vida, especialmente si se compara con su situación previa.

Es importante destacar que éste es un síntoma que no está descrito como secuela habitual de los ictus, y que no suele tenerse en cuenta en las exploraciones regladas ni en las anamnesis en las consultas. Este síntoma se ha presentado en diversas personas,

- 129 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

y no parece tener relación con el estado anímico.

Otro síntoma frecuente en estas personas es el cambio de carácter y/o del estado de ánimo, en algunas ocasiones el cambio es positivo, sin embargo, para la mayoría el cambio de carácter es hacia más irritabilidad.

*[...]pueees, la mala gana de que tu cuerpo te dice en todo momento que estés recostado, es como estás cansado, te pesa todo, te sientes hastaaa fatigado, pero en el momento que te acuestas estas mejor. . [M22-I]*

*[...] ¿Su carácter se ha modificado?*

*P: Sí, eso que me noto más tranquila más de mejor humor a la hora de estar con otras personas, no estoyyyy alterada. En eso sí. [M47-I]*

*[...]y es que yo siempre he tenido, yo siempre he sido una persona muy paciente pero ahora por cualquier tontería... eh me enfado muchísimo y digo pero es que vamos a ver, es una... y es que es incontrolable o sea no... no es algo que yo pueda manejar o que yo pueda decir a u puedo determinar es por una tontería o no... sino que después al ca pasao, me doy cuenta que... queee.... me enojo con mucha facilidad y me irritooso y... me altero muy rápido... . [M45-I]*

Pocas personas de las entrevistadas presentaban alteración en el lenguaje, ésta depende de la localización del ictus. Cabe destacar, que esta alteración del lenguaje no fue severa, puesto que de otra manera no les hubiera permitido realizar las entrevistas, sin embargo, por poca que fuese esta afectación sí que alteró la calidad de vida de estas personas. La principal alteración estaba en la nominación de palabras, situación que éstas solventaban con sinónimos, pero denotó cierta inseguridad personal y dificultades a la hora de llevar a cabo determinadas acciones. En un solo caso se dio el fenómeno del “acento extranjero”, donde la persona cambia su acento previo al ictus por uno en el que parece que el castellano no es su lengua nativa, de forma completamente involuntaria. En este caso concreto, no supuso gran alteración en su vida, aunque si situaciones laborales incómodas. En todos estos casos, las escalas funcionales del ictus no reflejaron ninguna alteración, sin embargo, si estaba presente y ha obligado a estas personas a adaptarse a una nueva realidad.

*[...]A lo mejor ahora me afecta menos porque estoy más ocupada, pero cuando a lo mejor, mmm*

- 130 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

*me rallo por alguna palabra, estoy todo el rato pensando “ajj, pero porque no me salió”, a lo mejor, estoy buscando un sinónimo, te lo digo, pero estoy todavía hablando contigo y pensando, “uff, ¿cual era esa palabra, cual era esa palabra..? . [M25-I]*

*[...] No, yo hablaba canario, te pongo un audio y flipas, yo hablo así no se porqué. [M40-I]*

Las secuelas motoras de las personas fueron escasas, una de ellas si presentó una secuela motora que fue severa en su momento, con una hemiparesia izquierda grave, con recuperación posterior. En el caso de esta persona la discapacidad motora era evidente y condicionaba su vida diaria y su calidad de vida.

La percepción que se tiene de las secuelas es muy variada, y la manera en la que las han integrado en su vida diaria también. Hubo personas que aceptaron la situación de forma positiva, con ánimo de trabajar en la rehabilitación y recuperarse gracias a este esfuerzo intenso. Sin embargo, otras personas, sintieron estas secuelas como una pérdida de su independencia y como la incapacidad de volver a su vida anterior. Es de destacar, que secuelas de índole cognitivo y anímico, generó más discapacidad y pérdida de independencia en estas personas que las propias secuelas físicas. Personas con secuelas físicas menores, sentían más discapacidad que las otras. Aquellas personas que tienen secuelas físicas se muestran luchadoras y optimistas ante el futuro de estas secuelas. Lo que evidencia que las escalas que se utilizan actualmente en las consultas médicas no permiten predecir la discapacidad del paciente de cara a incorporarse a su vida laboral, ya que su evolución favorable también depende de su nivel de esfuerzo e interés en el proceso de rehabilitación.

*[...] Resiliencia, Es la capacidad de sreportete a lo que te ha pasado, eso se llama Re-Silencia. Es una palabra muy bonita, búscala. [M40-I]*

*[...] éxito lo encuentras cuando eres capaz de olvidarte del fracaso que has hecho. . [M40-I]*

*[...] no lo tengo asimilado todavía... no porque yo era súper activa.. yoooo me movía sola yo no iba al medico yo era todo y ahora es que tengo que depender de gente... de los que están a mi alrededor, tengo que depender de ellos y me da una rabieta que no veas... de intentar no molestarlos .porque no quiero molestar a nadie sin hacerlo por mi cuenta y esos son mis altos y*

- 131 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

*mis bajos . . [M47-H]*

*[...] Porque a veces ni me desayuno, se me olvida o cuando tengo hambre pido algo porque no se si me he desayunado o no... y tomarme los medicamentos, y ya eso si ... barrer un poco... te pones a intentar barrer un poco te da rabia porque cuando barres te queda basura atrás o te saltas un trozo sin barrer o yo que se... o cuando estas intentando hacer algo de comer.. pues.. con la vista como tengo el ángulo ese de visión malo pues o terminas de comer, o el plato te queda lleno de comida y ese es mi día a día... . [M47-H]*

*[...] Claro, al final es una, es una discapacidad, quiero decir, asumes que no es como si te rompes un brazo, no es lo mismo, asumes que, que no, que digo, según pasa la tarde es más difícil hablar, es como que me canso. . [M40-I]*

Muchas de estas personas desarrollan miedos que anteriormente no habían experimentado, especialmente el miedo a la recurrencia, ya que en mayor o menor medida, la mayoría de las personas entrevistadas tienen miedo a que les vuelva a suceder y entonces las secuelas sean mayores. No obstante, en la mayor parte de las ocasiones, este miedo no limita sus vidas, sin embargo, en algún caso puntual este miedo le impide salir incluso a la calle.

*[...]Espero que sea así mucho mejor, no quiero no quiero porque no quiero, no porque afortunadamente yo se que los ictus que me dieron me dejaron pequeñas cositas pero no sé si me volverá a repetir va a ser así o va a ser peor, no quiero pasar otra vez por lo mismo, no.[M41-I]*

Todas estas secuelas han mermado la calidad de vida de las personas entrevistadas y todas coinciden, en que su calidad de vida no es la misma que la que antes del ictus, siendo especialmente así en aquellas personas que presentan secuelas y en aquellas que han perdido o no han podido reincorporarse a su vida laboral. La mayor parte de las personas entrevistadas relacionan la incorporación a su vida laboral como parte fundamental de su calidad de vida.

*[...]son las limitaciones físicas lo que me han hecho cambiar el día a día, del antes al después. . [M22-I]*

- 132 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

Algunas de estas secuelas son expresadas en forma de ansiedad o depresión, que en algunos casos no se identifica explícitamente por la persona, pero se refleja en su discurso a través de quejas, sentimientos de frustración o sensación de infravaloración. Algunas de las personas entrevistadas han acudido a psicólogos o psiquiatras y reciben tratamiento farmacológico. Sin embargo, este es un aspecto que las personas entrevistadas no comentan extensamente, sino que mencionan superficialmente ante las preguntas explícitas sobre este aspecto, sin extenderse especialmente en las preguntas abiertas.

*[...] no quiero salir porque como digo yo seria un estorbo. [M47-H]*

*[...] eeee si he tomado alguna... desgraciadamente 4 tratamientos para la depresión y ansiedad. [H50-I]*

*[...]un poco me ha afectado la ansiedad que me que me ha dado después de lo que me ha pasado, por lo general bien. . [M22-I]*

En general, el dolor juega un papel poco relevante en estas personas, a pesar de que en las escalas de calidad de vida la dimensión del dolor es de las que peor puntuación recibe, en este estudio, el papel que le atribuyen al dolor es escaso, en la mayoría de los casos no relacionan el dolor con el ictus, y en los casos que se relaciona suelen tener que ver con cefaleas en el caso de ictus hemorrágicos o con dolores difícilmente encuadrables en el marco del ictus.

*¿Qué papel le otorgo? Es complejo porque es un dolor crónico, es un dolor que lo tengo las 24 horas del día es unnn calambre, pesadez, acolchamiento, entumecimiento.... [H50-I]*

*[...] dolores, malestar en todo el cuerpo de estar tanto tiempo acostada...y... y esos... [M47-H]*

### **1.3 Situación laboral**

Según se desprende de las entrevistas, las personas que sufren un ictus juvenil pueden sufrir cambios en su actividad laboral. Son pocas las personas en las que trabajo diario no se ve afectado tras haber sufrido la enfermedad. Estos cambios, cuando suceden, son siempre para peor, ningún entrevistado refiere mejoras laborales tras el ictus, al contrario. La mayoría de estos cambios se deben a variaciones en los planes laborales de

- 133 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

futuro, perdiendo oportunidades de crecer laboralmente o viéndose obligados a modificar su actividad. La disminución del rendimiento de estas personas es algo preocupante para ellos, porque sin llegar a incapacitarles para realizar la actividad, no son capaces de realizarla con el mismo nivel de rendimiento, viéndose en ocasiones empujados a abandonar el puesto de trabajo. El cansancio que presentan como secuela es otro síntoma que no les permite reanudar su actividad profesional con normalidad.

*[...]bueno, en realidad no, en realidad sí cambiaron porque yo me quería ir a hacer un año, trabajar un año aquí, ganar dinero, vivir a costa de mis padres, (risas), ganar dinero e irme, a lo mejor a Inglaterra, Londres, Irlanda, a algún lugar de estos aprender el idioma y ya luego volver, pero no, no pudo ser. [M25-I]*

La capacidad económica de estas personas se vio mermada tras el ictus. En ocasiones por el propio descuento del salario al encontrarse de baja laboral o por la incapacidad para trabajar durante este periodo, en el caso de trabajadores por cuenta propia. Tras el periodo de baja laboral, algunas personas no pudieron retomar al completo su actividad laboral, por lo que esta pérdida económica fue más llamativa.

El hecho de presentar secuelas motoras, aunque leves o imperceptibles, no permitió a los trabajadores alcanzar el nivel de trabajo exigido para otros en su mismo puesto, condicionando en algunos casos, que estas personas se vieran obligadas a abandonar el trabajo. Otro problema importante en pacientes que sufren un ictus juvenil y escasamente analizado, es la disminución del rendimiento, muchos de estos pacientes pueden incorporarse a su vida laboral, pero no son capaces de llevar a cabo su trabajo de la misma manera que lo hacían con anterioridad, pudiendo condicionar en estos casos problemas de frustración y ver de esta forma alterada su calidad de vida. Hay pacientes que directamente no pueden incorporarse a su vida laboral. Hay que tener en cuenta, que los trabajadores que se incorporaron a su puesto de trabajo, tenían escalas funcionales del ictus perfectas o casi perfectas, sin embargo, en su rutina diaria, no eran los mismos que antes.

*[...] Hombre me afecta porque si antes podía trabajar, soy autónomo, si antes podía trabajar eh, competo, ahora no puedo. [M40-I]*

*[...] o sea de pie puedo deambular ligeramente, pero largos periodos de pie no puedo estar,*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

*a la hora, hora y media, como mucho una hora hora y media. [H50-I]*

*[...]una año entero trabajando, haciendo como que trabajaba... porque no podía hacer prácticamente casi nada. [H50-I]*

*[...]Jeeeh si, bueno ahora... tengo otra persona que me ayuda por lo que le explicooo que mi rendimiento no es el mismo yo no... me siento muy cansada con.. . [M45-I]*

#### **1.4 Situación académica**

Al tratarse de ictus juvenil, no todas las personas se encontraban trabajando, algunos estaban estudiando, y no pudieron finalizar sus estudios debido a la pérdida de la capacidad de concentración y asimilación de contenidos, e incluso, por cambio en su vocación.

*[...]La verdad es que no, si que es verdad que retomé los estudios con otra licenciatura yyy no me gustó mucho y lo que estoy un poco ahora es confusa, porque después del ictus mi percepción, mi vocación, todo cambió un poco y ahora estoy un poco pues eso, en una balanza de indecisiones... [M22-I]*

#### **1.5 Experiencia e impacto familiar**

En general, la situación familiar tras un ictus juvenil no se suele ver muy alterada, en muchos casos sirvió incluso para afianzar relaciones o situaciones familiares. El primer impacto tras el diagnóstico habitualmente no suele ser bueno, las familias no esperan que sus hijos, cónyuges o hermanos se vean afectados por un ictus a estas edades, sin embargo, a medida que la persona iba mejorando, los sentimientos y preocupaciones de las familias mejoraron.

*[...]mi madre fatal, por lo menos mi madre, y incluso mi hermana mayor, que era que estaba de vacaciones aquí, y pufff, pienso que les pudo haber afectado más que al resto. . [M25-I]*

*[...]hombre pues... lo vivieron como una película de terror un poco... y cuando lo recuerdan, aunque intentan bromear sobre sobre lo que ocurrió, da un poquito de miedo y mis hijas por ejemplo lo pasaron mal. [M47-I]*

*[...]pues la verdad que lo máximo que opinan lo así una opinión muy común entre ellos es de*

- 135 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

*porque ¿no? De porque pasa eso a una persona tan joven y un poco es el porqué. Siempre opinan mucho de porque ooo pero siempre la palabra es no, es una luchadora no, siempre he escuchado la misma palabra. . [M22-I]*

La respuesta de las familias a esta situación es variada, viéndose condicionada por la edad de la persona, ya que la edad condiciona una estructura familiar diferente. Los familiares de personas más jóvenes, habitualmente son padre, madre y hermanos, y éstos adoptan un perfil sobreprotector que condiciona en las personas entrevistadas una sensación de pérdida de libertad. Sin embargo, las personas de edad algo superior suelen tener un núcleo familiar compuesto por cónyuges, hijos, etc. y en este caso despierta en algunos entrevistados una sensación de "carga" sobre sus familiares.

*[...]Pero mmmmm, creo que me ha afectado, en el sentido, de que mis padres, sobre todo mi madre, me ha sobreprotegido, con 25 años, en ese momento, me sobreprotegió, y eso a mi me afectaba, ese hecho de que estuviese todo el día sobre mi. . [M25-I]*

*[...]Bueno.... el hecho ellas están mas pendientes.... mmmm... temerosas que me vuelva a pasar algo... eeh yo tengo una nieta y siempre... ¿abuela ya te tomaste la pastilla? Tomate el medicamento"... y eso... con el temor que siempre me vuelva a repetir. [M45-I]*

Aunque no sucedió en la mayoría de los casos, si que hubo personas en las que la situación familiar se vio alterada, en algunos casos por cambio en las relaciones interpersonales, incluso por el cambio de roles dentro de la misma familia, y en otros porque llegaron a plantearse situaciones de separación y divorcio, que o bien se habían planteado anteriormente pero no se habían atrevido a materializar, o porque la condición anímica de los pacientes tras el ictus derivó en una situación familiar insostenible.

*[...] ¿Su situación familiar ha cambiado después de....?*

*P: Sii me divorcié y sí... un cambio jejejeje grande... . [M47-H]*

*[...]¿Su situación familiar ha cambiado después del ictus?*

*P: Que te digo que sí, con mi pareja ha cambiado mucho, no sé si en si fueron los ictus, con respecto a todo, eso no sé, pero sí, con mi esposo, va de mal en peor estamos, lo que paso que no quiere que nos divorciemos, pero yo en este momento hace cuatro cinco días le dije no se lo*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

*pidas a Dios el jueves y el martes le planté el divorcio.[M41-I]*

### **1.6 Alteración cognitiva**

Como se ha ido comentando previamente, la alteración cognitiva juega un papel importante en estas personas. Aquellas personas que presentan secuelas físicas no son las que peor calidad de vida refieren tener, sino que son aquellas que han perdido su independencia por problemas de índole no motora las que peor se encuentran. En cuanto a los daños en la esfera cognitiva, la mayor parte de estas personas presentan quejas que se podrían encuadrar dentro de la esfera de la atención, especialmente por falta de ésta, con “despistes” de perfil atencional que no tenían antes del ictus. Este tipo de “despistes”, no siempre alteran su vida diaria, pero sí que les obliga a tener estrategias para que no les interfiera, como llevar una agenda o un bloc de notas. Estas personas expresan su problema cognitivo como una incapacidad para realizar su vida o su trabajo diario como la hacían anteriormente, esto es lo que se conoce como trastorno disejecutivo. Parte de lo que las personas refieren que son “pérdidas de memoria” probablemente se trate de esos fallos disejecutivos y de atención. En algunas ocasiones, estos fallos mejoran pasados los meses del ictus, y en otras ocasiones la persona es capaz de vivir con ellos o no se recuperan.

En el caso de la entrevistada que se encontraba estudiando, perdió su capacidad de concentración y atención, condicionando el abandono de sus estudios. Estos fallos disejecutivos hacen referencia a que en este tipo de pacientes, el principal problema está en si serían capaces de realizar el mismo trabajo y de la misma manera que antes, muchos de estas personas jóvenes, algunas de ellos con estudios universitarios, no tendrían problemas en pasar un test cognitivo, sin embargo, no son capaces de desarrollar su trabajo de la misma manera que antes, por estos fallos disejecutivos, lo cual podría derivar en frustración, apatía, sentimiento de fracaso e incluso la necesidad de abandonar el trabajo. Es aquí donde redunda gran parte del problema de estas personas, solo una refirió que podía realizar su trabajo sin cambios con respecto a su situación antes del ictus, sin embargo, el resto aseguró “que no son los mismos”, en mayor o menor medida pierden capacidad de trabajo y éste no lo pueden realizar de la misma manera, por tanto, la función ejecutiva de estas personas se ha visto alterada.

- 137 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

Es posible que esta función no sea de gran importancia en otros estudios publicados con anterioridad, porque éstos, no están dirigidos a población juvenil, sino anciana, siendo la vida diaria de los pacientes ancianos y jubilados muy diferente desde el punto de vista laboral y organizativo de la de una persona de menos de 50 años, activo laboralmente. Como se ha visto, las personas han relacionado el mantenimiento de su vida laboral con su calidad de vida, por lo que si una no es posible o no es adecuada, la calidad de vida se ve alterada.

*[...]me olvido.... si estoy haciendo una cosa y me llaman para hacer otra, o participar.... al día siguiente... la veo.... me olvido totalmente pero no es que pierda la memoria... si la veo después me acuerdo... pero... haciendo otra cosa me la quito con otra cosa. .[H44-I]*

*[...]Un poco... un poco porquee como le digo que no.. no me siento a veces que no rindo aunque mi hija me dice mama tu haces muchas cosas tu te acuerdas de muchas cosas... pero para como yooooo era que tenia todo súper bajo control... siento a veces que hay cosas que me salen que se me salen de control, no no tengo la misma capacidad de antes. . [M45-I]*

## **2. PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL**

Para explorar la percepción que tenía el paciente del proceso asistencial se establecieron tres subtemas:

- Valoración de la atención recibida
- Necesidades de información
- Propuestas de mejora del proceso de atención

### **2.1 Valoración de la atención recibida**

La percepción de las personas de la atención recibida en general fue buena, aunque con matices. Las personas valoran de forma excelente la atención recibida durante el proceso de hospitalización, valoran especialmente la atención sanitaria recibida, la profesionalidad y el funcionamiento del código ictus, aunque hay algunas quejas especialmente en el comportamiento, como el trato a las familias y en algún caso particular hacia el trato recibido por alguna parte del personal. Donde las personas

- 138 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

sienten que no se ha atendido de forma adecuada es a nivel ambulatorio, las quejas principales las recibe el servicio de rehabilitación por la espera y por la escasez de sesiones de rehabilitación que han recibido, siendo necesario incluso el costearse una rehabilitación privada. Aunque la espera entre las consultas de neurología y neurocirugía, así como la variabilidad entre los médicos también es un factor importante para estas personas. Algunas, han echado en falta que se les derivase a ellos y/o a sus familiares a un psicólogo que les ayudase a enfrentarse a su nueva situación.

*[...] La hospitalización fue... mmm.. yo se lo digo a todo el mundo cuando se quejan de la seguridad social y demás digo ¿yo?... la experiencia que yo he tenido fue, maravillosa, fue buena ¿entiendes? Fue buena... me atendieron del 10 tanto la UVI como en planta... me atendieron muy muy muy bien... . [M47-H]*

*[...] implantamiento del código ictus es algo espectacular. [H50-I]*

*[...]Se supone que las citas debían haber sido cada seis meses, cada cinco meses, cada tres meses, al principio dependiendo de cómo me encontrara ¿no? Pues nunca han sido de tres meses, y si han sido a tres meses, han pasado a cinco meses, y si han sido seis mes han pasado a nueve meses. .[M41-I]*

*[...]Pues yo creo que lo que me falta, es que a lo mejor me vuelvan a dar ootra, otro año de rehabilitación. . [M22-I]*

*[...]Hombre a nivel psicológico la verdad es que afecta bastante, pero pero yo creo que como mm tampoco alargue mucho la baja sino que volví a mi rutina mm como que eso tambiéneeen beneficiá, noooo no te sientes tan enferma, sino que ya vuelves a tu vida normal, pero si yo creo que a lo mejor fuera necesario. [M47-I]*

## **2.2 Necesidades de información**

De forma general, todas las personas, salvo alguna excepción, criticaron la falta de información recibida por parte del médico a lo largo del proceso de atención, tanto en el momento del diagnóstico, como al alta, como durante el seguimiento ambulatorio. La mayoría refirieron que la información fue escasa y de mala calidad se les dio poca información de lo que les había sucedido. En ocasiones se ofreció cuando la persona

- 139 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

todavía no era capaz de analizar dicha información, bien porque era muy precoz o bien porque su situación psíquica no permitió a la persona asimilar bien la información. Esto resulta que en el momento del alta, estas personas desconocen con exactitud lo que les ha sucedido, el motivo, lo que deben hacer para evitar recurrencias y fundamentalmente, qué deberían hacer si esto les vuelve a suceder.

*[...] Sí... que me hubieran informado un poquito mas de exactamente que fue lo que me pasó ... si, que me hubieran, si,. dado un poquito mas de información.... . [M47-H]*

*[...] pero no sois buenos explicando. [M40-I]*

*[...]Pero en mi caso yo creo que la información con respecto a mí, mis familiares inmediatos no evidentemente, pero a mi pues lo normal para mi hubiera sido después de pasar el momento crítico de gravedad del asunto. [M22-I]*

*[...] a lo mejor el médico en planta yo preguntaba y no me, no me daba toda la información que yo quería jejeje pero bueno ... a lo mejor pueh no me lo quería decir a mi sino a mi marido, a mi madre y tal... . [M47-H]*

*[...]Como... como una semanita que a uno le dio eso.. yo creo quee como, que ya unooooo esta como pisando tierra como quien dice.... queeee... . [M45-I]*

La mayoría de las personas no recibieron información escrita ni en formato audiovisual que explicara su enfermedad. Solo una persona recibió información a través de un estudiante, el cual le facilitó información escrita por iniciativa propia. El conocimiento que tienen de la enfermedad cerebrovascular es a través de búsquedas propias o de fuentes de información no neurológicas externas al hospital, y la información que tenían previa al ictus era escasa y de mala calidad, la mayoría no sabía lo que era o pensaba que solo les sucedía a personas ancianas, no sabiendo en ese momento reconocer que estaban sufriendo un ictus. En cuanto al momento de dar esa información, no hay consenso sobre cual sería el mejor momento, si al principio, al final o durante el proceso, aunque sí parece unánime, que debe ser cuando el paciente esté estable. Algunas, tras dos años de haber sufrido un ictus juvenil, siguen sin saber a ciencia cierta qué es un ictus y qué debe hacer si le vuelve a suceder.

- 140 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

Otro problema expresado por estas personas está en relación con la información, evidenciándose problemas en todas las variaciones de ésta. Sobre la información social referente a ayudas que pueden recibir, trámites de grado de discapacidad, etc., y la burocrática, relacionada con los trámites de la baja laboral, tiempo de baja, carnet de conducir, etc. Prácticamente ningún paciente obtuvo información de este tipo por parte del neurólogo o neurocirujano que le atendió. No hay que olvidar que son personas activas laboralmente y desconocían que pasos debían seguir tras el alta hospitalaria, ni dónde acudir para obtener dicha información. La valoración social sobre discapacidad o ayudas a la dependencia la mayoría la obtuvieron de familiares o conocidos, desconociendo éstos que en algunos casos podrían solicitarla.

*[...] Muchísimas cosas que he tenido que dar pasos mm de ciego, pasos que ignoraba, que desconocía, porque al no ser un mundo de uno, uno ignora los protocolos, los procedimientos, las normativas eee los tiempos... . [H50-I]*

*[...]Pues tengo personas en la familia con nociones y con personas que tienen también discapacidad, que me han ayudado a orientarme un poco con mis supuestos derechos como persona con discapacidad. [M22-I]*

En cuanto a la discapacidad, muchas personas se muestran molestas por el tiempo de espera para obtener respuesta, alguna incluso se encuentra en juicios porque no le otorgan ninguna discapacidad, probablemente porque las escalas de discapacidad no puntúan de forma real la situación de estas personas, sin embargo, no es capaz de desarrollar su trabajo diario. Como se ha mencionado con anterioridad, las escalas actuales de discapacidad están especialmente dirigidas hacia la alteración física, son escalas genéricas en muchas ocasiones que no discriminan en edad y situación de la persona, y no son capaces de medir ese trastorno disejecutivo que se ha visto en este estudio que es de vital importancia en estos pacientes. Para valorar este tipo de trastornos de forma objetiva es necesaria la evaluación de un neurólogo o neuropsicólogo experto con baterías de test específicos. Otras personas están pendientes de la discapacidad para poder evitar su merca económica.

*[...]yo he pedido discapacidad...no lo he pedido así, lo he pedido porque no he podido trabajar... yo he hecho aquí trabajo 10 años... papeles escrito... y ahora ... ictus no mentimo a nadie.. digo*

- 141 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

*que estoy bien menos alguna cosa que tal como un poco la vista... un poco la fuerza un poco el cansancio porque he tenido suerte... he pedido discapacidad me la han desechado.. .[H44-I]*

### **2.3 Propuestas de mejora del proceso de atención**

Las propuestas de mejora fueron variadas, aunque las más repetidas son la mejora en la información, tanto médica como social y burocrática, además, solicitan más rehabilitación y ayuda psicológica, así como la mejora en la atención ambulatoria y mayor apoyo a los familiares.

*[...] la familia necesitara de de que le ayuden que si nunca han tenido un problema de estos de enfermedades de esas. [M47-H]*

*[...] información, información, información. [M40-I]*

Algunas personas ven positivo crear la figura del “padrino” o “paciente experto”, como alguien que ha pasado por esta situación anteriormente y cuenta sus experiencias. Esta figura podría ser esencial para acompañar al paciente durante su proceso asistencial desde el punto de vista de otro paciente, que le “llevara de la mano” por el proceso que él mismo había vivido. Algunas personas entrevistadas enfocan esta figura como una especie de grupo de apoyo con personas que han pasado por lo mismo que ellas.

*[...] Porque está, sabes, los médicos no son capaces de decirte que te va a pasar después, entonces si tu tienes un padrino que te acompañe en este proceso, sabes, va a ser mucho más fácil para todo, . [M40-I]*

*[...]lo vería bastante bien, lo veo una forma muy positiva de ayudar al a otro y y exponerle su su experiencia. . [M22-I]*

- 142 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## DISCUSIÓN

El IJ es un problema de salud importante, entre 2016 y 2017 el 11.9% de los ictus que ingresaron en el HUNSC tenían edades comprendidas entre 18 y 50 años. La calidad de vida de estos pacientes medida con las escalas EuroQol 5D y SF-36 se ve alterada, al igual que su salud mental, según los resultados obtenidos del análisis de las escalas de Hamilton Depresión y Ansiedad y el cuestionario GHQ12. Analizando estas escalas con el paso del tiempo, no se evidencian cambios, por lo que, al menos en el primer año tras el IJ, no existe variación en la calidad de vida y salud mental de estos pacientes, aunque sí existen variaciones en la percepción de la salud de los pacientes.

Las dimensiones peor valoradas en las escalas de calidad de vida son las de ansiedad, depresión, dolor, rol físico y salud general. Aunque de forma global no existen diferencias con el tiempo, en el análisis de las subescalas sí se encuentra mejoría en el componente mental de la escala SF-36 con el paso del tiempo. Es llamativo que el dolor se encuentre dentro de las dimensiones peor valoradas, especialmente porque el ictus no genera dolor, lo podrían generar sus secuelas, como la espasticidad y la paresia, sin embargo, como se ha visto, los pacientes permanecen prácticamente asintomáticos y no tienen secuelas físicas.

La calidad de vida y la salud mental de estos pacientes se encuentran relacionadas, la mejora de uno se relaciona con la mejora del otro, por lo que desde el punto de vista clínico no debe olvidarse ninguno de los dos. La función física del paciente y su discapacidad modifican la calidad de vida y la salud mental de los pacientes, por lo que es de vital importancia que el paciente quede con las menores secuelas posibles y estas sean tratadas de forma precoz.

Existen distintos factores capaces de modificar esta calidad de vida en los pacientes.

Al igual que marca la bibliografía [64], la incidencia del IJ es superior en varones (58.5%) siendo este sexo el que tiene mejor calidad de vida. La presencia de factores de riesgo

- 143 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

vascular no es excesiva en estos pacientes, no llegando en ningún caso a superar de forma individual el 40%, siendo el más prevalente el tabaquismo (39%), sin embargo, el 19.5% de la muestra reconoce ser consumidor de algún tipo de droga ilegal. Estos son uno de los factores que se presumen en relación con el aumento de casos de ictus en población juvenil en los últimos años. [44] Dentro de los factores de riesgo para el IJ se encuentra también la migraña con aura [75], en la muestra es llamativo que el porcentaje de migrañosos se encuentra por encima de la población general, 26.8% frente a 15% respectivamente [25]. La presencia de algunos de estos factores de riesgo vascular modifica la calidad de vida de los enfermos tras un IJ, en concreto los pacientes dislipémicos tienen peor calidad de vida que aquellos que no la padecen. De forma llamativa y paradójica, 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 ictus [64], el 26.3% de las pacientes de la muestra se encontraban bajo este tratamiento, y éstas tienen mejor percepción de su salud y mejores datos de salud mental que las que no lo consumen.

El tipo de ictus más frecuente es el isquémico (82%) acorde con la bibliografía [64], y su causa más frecuente la indeterminada (47%), siendo este porcentaje ligeramente superior de lo habitual, según algunos estudios, esta asciende al 39.7% [53]. Este es uno de los retos que se marcan en los próximos años, disminuir este porcentaje de etiología indeterminada, sospechándose que muchos de estos enfermos padecen etiologías genéticas infra diagnosticadas [64]. Curiosamente, los pacientes con ictus de etiología indeterminada tienen mejor calidad de vida que los otros, esto podría estar en relación con una falsa percepción de seguridad al no conocerse ninguna patología causal, apoyándose en la falta de información médica veraz que reciben estos pacientes. Hay una serie de enfermedades que no se pueden considerar como causa directa del ictus, pero si en algunos casos como factor de riesgo como es el caso del FOP, siendo el 24.4% de la muestra. El ictus isquémico establecido más frecuente es el PACI (36.7%).

Son escasos los pacientes que reciben tratamiento en fase aguda, 17.1%. Hay que tener en cuenta que estos tratamientos tienen unos criterios estrictos y no todos los pacientes

- 144 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

son candidatos a ellos. Sin embargo, aquellos que reciben tratamiento en fase aguda tienen peor calidad de vida. Esto podría ser esperable, teniendo en cuenta que los pacientes que reciben estos tratamientos son aquellos que tienen peor puntuación en la escala NIHSS por lo que su discapacidad es superior, existiendo además relación entre la función física y la calidad de vida. Algo similar sucede con los pacientes a los que se les realiza craniectomía, su calidad de vida es peor.

Dentro de lo ictus hemorrágicos, la hemorragia intraparenquimatosa es la más frecuente (57.1%), siendo la causa hipertensiva la que más se presenta (42.8%) acorde con lo que establecen los estudios [91].

En cuanto a la ansiedad y depresión, el 17.1% de los pacientes tenían antecedentes de este tipo de patologías antes del ictus, sin embargo, tras un año del ictus, prácticamente el 50% de la muestra tienen datos, según las escalas analizadas, de ansiedad y depresión. Este porcentaje es superior a lo descrito en la literatura, estableciéndose una tasa de aproximadamente el 30% [36]. En este caso no solo es llamativo el aumento de la incidencia con respecto a lo esperable, sino la ausencia de tratamiento que están recibiendo estos pacientes, estando esto en relación probablemente a que se trata de una patología infra diagnosticada. Tras un año del ictus, solo el 22% de los pacientes se encuentra en tratamiento farmacológico antidepressivo, y únicamente 13% de los pacientes han visitado al psicólogo, solo el 2.4% visita 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 [64] [75]. Por este motivo, sabiendo que hay mayor riesgo de este tipo de patologías, se debe ser proactivo en su identificación y tratamiento.

La capacidad funcional de estos pacientes tras el alta es muy buena, siendo la NIHSS alta de 1.2 puntos de media y al año de 0.54, esto indica que los pacientes son prácticamente independientes funcionalmente. Esta situación la confirma el 95% de pacientes que tienen un Rankin entre 0 y 2, por lo que se indica que estos pacientes son independientes y funcionalmente prácticamente están asintomáticos tras un año de sufrir un IJ. El hecho de que estos pacientes sean funcionalmente independientes, pero

- 145 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

presenten peores resultados de calidad de vida y de salud mental que la población sana, 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, y esto tiene muchísima relación en su calidad de vida, tanto en la medida objetivamente mediante escalas, como en la referida por los pacientes en el estudio cualitativo, considerándose incluso uno de los factores determinantes en la calidad de vida de estos pacientes. Esta vuelta al trabajo y las condiciones en las que sucede, demuestran la importancia de complementar ambas partes del estudio, cualitativa y cuantitativa, evidenciándose claramente en el estudio cuantitativo como existe una alteración en las escalas de calidad de vida y de función mental en relación con la vuelta al trabajo y en el estudio cualitativo se evidencia donde residen estos problemas y como se afecta su vida diaria. Tras 6 meses del IJ solo se encuentran trabajando el 27.5% de los pacientes, aumentando a un 41.5% tras un año. En la literatura no está clara la tasa de vuelta al trabajo de este tipo de pacientes, hay estudios que indican que solo vuelven al trabajo el 23% [45] y otros entre el 37%-40% [5] [75]. En estos estudios, se establecen una serie de parámetros predictores de la vuelta al trabajo, la mayoría de los factores por los que los pacientes no vuelven a trabajar suelen ser físicos, movilidad, capacidad para caminar, déficit visual, alteración en el lenguaje, etc. Sin embargo, como se dijo anteriormente, la función física de estos pacientes es excelente tras 6 meses y un año, por lo que se hace imprescindible analizar donde reside el problema. De los pacientes que se encontraban trabajando, de baja laboral transitoria (ILT) o estudiando, el 81.5% a los 6 meses y el 69.2% al año refirieron tener problemas en el ámbito laboral, siendo uno de estos problemas el rendimiento laboral, donde a los 6 meses el 60% de los pacientes refería sufrir problemas de este tipo, disminuyendo al 20% a los 12 meses. El 36.6% de la muestra está de ILT más de 6 meses.

Como se ha mencionado, esta situación laboral afecta a la calidad de vida de estos pacientes y a su salud mental, evidenciándose peor calidad de vida en aquellos pacientes que han tenido que abandonar su trabajo encontrándose bajo incapacidad laboral permanente. Así mismo, los pacientes que tienen bajas laborales prolongadas y problemas laborales, tienen peor puntuación en las escalas de salud mental, por lo que en estos pacientes habrá más índice de ansiedad y depresión.

- 146 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

La atención sanitaria actual está dirigida a la valoración y cuantificación de estas secuelas físicas, restando importancia a la situación de como se encuentra la persona que ha sufrido el ictus, si puede desarrollar su vida diaria, su trabajo, o si su relación con el entorno social y familiar es la adecuada o no. En este tipo de atención se olvida valorar si el paciente puede volver a su vida anterior de la misma manera. Esta situación no solo se presenta en el sistema sanitario en el que nos encontramos, en un estudio cualitativo recientemente publicado, se evidencia que en el sistema de salud inglés la situación es similar, donde el diagnóstico y la rehabilitación cognitiva tienen muy poca importancia para pacientes de este tipo [77]. Actualmente la forma objetiva de clasificar a estas personas es a través de escalas no específicas de ictus juvenil, donde básicamente se mide la secuela física y en algunos casos las secuelas psíquicas como ansiedad o depresión. En un estudio publicado, pudo observarse que, a los tres meses de haber sufrido el ictus, el 71% de los pacientes que tenían una escala de discapacidad de Rankin-m entre 0 y 1 presentaban alteración cognitiva [77]. Como se demuestra de este estudio, tan importante como conseguir que el paciente salga de la fase aguda del ictus con las menores secuelas físicas posibles es conseguir que este paciente vuelva a adaptarse a su vida anterior y al entorno que lo rodea. Esto coincide con lo descrito en otros estudios cualitativos donde se relaciona la calidad de vida del paciente tras un ictus con la recuperación de su entorno social [22]. Tras el acontecimiento del ictus, esta relación no parece quedar de la misma manera que antes, y en muchas ocasiones, estas personas no aceptan la situación en la que se encuentran tras sufrir un ictus. Muchas personas no vuelven a su vida previa, tanto laboral, social y familiar, algunas aceptan esta nueva situación y se adaptan a ella, pero otros no se sienten capaces.

Síntomas no descritos hasta el momento cobran una especial relevancia en estos pacientes, como es el caso del **ansancio**, que, sin llegar a ser invalidante, si es capaz de mermar la calidad de vida y obligarle a hacer cambios en su rutina personal y laboral. Problemas en la ejecución de las tareas en pacientes sin alteración en los test cognitivos, pueden hacer que el paciente desarrolle problemas de frustración e incapacidad, así como fallar en su trabajo diario porque no es capaz de realizar sus tareas como las venía realizando hasta ahora, o incluso realizarlas de forma incorrecta.

- 147 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

Con estos resultados parece que la calidad de vida de las personas que han sufrido un ictus juvenil, no es solo física, también es psíquica y ejecutiva, por lo que debe dotarse de la misma importancia a todas las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud. 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, empujando a estas personas a una vida para la que no están preparados.

De este estudio se puede inferir que debe modificarse la atención sanitaria de este tipo de pacientes, prestando especial atención a las secuelas no físicas, medirlas y tratarlas. Los pacientes con un ictus, llegan a desarrollar estrategias propias para minimizar sus síntomas cognitivos sin el apoyo de un profesional [77]. Posiblemente este tipo de personas, dada la importancia que tiene debido a su edad, en la mayoría de los casos debería ser evaluado por un neurólogo o neuropsicólogo experto que determine si su capacidad ejecutiva le puede permitir volver a su vida laboral anterior. Así mismo, éste puede ser el primer paso para elaborar escalas de funcionalidad específicas para el ictus juvenil.

En cuanto a la atención sanitaria, según estos pacientes, el personal médico resta importancia a algo tan relevante para ellos como es la información, afortunadamente la persona es capaz de vivir y sobrevivir para pensar que uno de sus problemas es la información, sin embargo, el proceso debe ser exhaustivo y de calidad, y ello incluye la información médica y social. La información es importantísima no solo para que el paciente conozca lo que le ha sucedido y para evitar recurrencias, sino también para que sepa reconocer un ictus si le vuelve a suceder. Sin embargo, en el estudio además queda reflejado que la información general que se ofrece sobre el ictus, tampoco es adecuada, puesto que la mayoría de estos pacientes desconocían lo que era un ictus y como identificarlo, por lo que probablemente la información que tiene la población general es deficitaria. Debería darse una gran importancia a este proceso y formar no solo al paciente para que reconozca los síntomas y cómo actuar, sino además buscar la manera de formar a la población general. Si se forma bien a los pacientes sobre el ictus, como reconocerlo y cómo deben actuar, serán capaces de transmitir esta información adecuada

- 148 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

y correcta a otras personas, ayudando de esta manera a un reconocimiento y una actuación precoz, dado que, en esta patología, como se viene diciendo históricamente, “tiempo es cerebro”. Además, se desprende que es necesario buscar una estrategia de formación a la población general. No hay que menospreciar la atención extra hospitalaria, queda reflejado que esta atención es subóptima, y debe mejorarse, especialmente el seguimiento de los pacientes, la rehabilitación y la salud mental y social. Se debe acompañar al paciente y apoyar la salud mental de éstos y sus familiares, probablemente con pequeñas pautas para saber enfocar su nueva vida, y que puedan adaptarse a ella y no ver mermada su calidad de vida, siendo necesaria que estas pautas y este acompañamiento sea precoz, no cuando el paciente ya ha fracasado. Los pacientes con un ictus juvenil deberían ser evaluados antes del alta hospitalaria por un trabajador social que les facilite esta información que ellos requieren sobre su situación social. Posiblemente, de forma ordinaria, estos pacientes deban ser evaluados tras el alta por un equipo de psicólogos que les ayude y le de pautas para incorporarse a su vida actual.

El impacto socioeconómico de los pacientes con un IJ se eleva a 22645.04 euros al año, donde el 84.5% del gasto es de costes indirectos. En cuanto a los costes directos, el mayor gasto se realiza en atención especializada, en visitas a especialistas, fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional. Sin embargo, a pesar de ser el gasto directo que más consume, los pacientes solicitan más atención médica y de rehabilitación tras el alta hospitalaria. Esta situación podría entenderse porque también estas visitas especializadas son las que más coste tienen de forma individual, sin que ello implique que son suficientes para el paciente. La mayor parte del gasto de estos pacientes la sufraga la seguridad social.

### **1. FORTALEZAS Y LIMITACIONES**

La principal fortaleza del estudio es la combinación de los dos métodos, cuantitativo y cualitativo, sin esta simbiosis probablemente el estudio hubiera quedado incompleto. Esta combinación de metodologías ha permitido analizar la situación del paciente con IJ desde dos puntos de vista, por un lado, la del médico mediante escalas objetivas de calidad de vida, función mental y física; y, por otro lado, desde el punto de vista del paciente, dándole voz y permitiéndole mostrar qué es lo que realmente le preocupa de

- 149 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

su situación. Gracias a esto se han descubierto secuelas poco valoradas en otros estudios, de gran relevancia para el paciente, y se abre la posibilidad a estudios futuros para la creación de escalas específicas de calidad de vida en el ictus juvenil, entre otros, así como se plantea la necesidad de cambiar el tipo de seguimiento ambulatorio de estos pacientes.

Otra de las fortalezas es el haber entrevistado a pacientes diversos con variedad de secuelas físicas y psíquicas tras haber sufrido un IJ, incluyendo pacientes con problemas en el lenguaje, situación que suele ser atípica en los estudios. Así como pacientes con distintos tipos de ictus y localizaciones diversas y se ha cuestionado la atención en todo el proceso con el fin de mejorar estos circuitos.

Como limitaciones cabe destacar el porcentaje de pacientes que rechazaron participar en el estudio, probablemente con una muestra más amplia hubiese ayudado a afianzar más los resultados del estudio. Podría mejorarse la entrevista sobre estrategias que estas personas han desarrollado para intentar incorporarse a su vida cotidiana.

- 150 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## 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 infra diagnosticando esta patología en el seguimiento de estos pacientes y no se está tratando. 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 se refleja en sus escalas de discapacidad. El principal problema de este tipo de personas, al margen de sus secuelas físicas, es cognitivo, disejecutivo y anímico, sumándose además síntomas como el cansancio que merman la calidad de vida de estas personas. Antecedentes personales como la dislipemia, o la etiología del ictus aterotrombótica están relacionados con peores datos de calidad de vida en estos pacientes, así como aquellos que reciben tratamientos en fase aguda como la fibrinólisis y trombectomía.
- Estos pacientes tienen dificultades para incorporarse a su vida laboral, provocados en parte por problemas de rendimiento y problemas disejecutivos no medidos por el clínico e infravalorados por el sistema sanitario. Estos problemas laborales generan una gran merma en la calidad de vida de los pacientes y es el principal problema que éstos tienen para considerar su vida como antes de sufrir el IJ.
- El conocimiento de estas personas de lo que es un ictus es deficiente hasta el punto de no saber reconocer lo que le está sucediendo. La información que obtienen después de sufrir un ictus también es escasa, perdiendo ahí la oportunidad de evitar recurrencias en estas personas y mejorar la formación de la población. Se hace necesario además facilitar información social y burocrática antes de que los pacientes sean dados de alta hospitalaria. Las personas

- 151 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

reclaman información y atención continuada, así como mejoras en determinados servicios como el de rehabilitación

- El impacto socioeconómico que esta patología genera es elevado, siendo los costes indirectos los que más peso tienen en este importe, por lo que no solo desde el punto de vista médico y social es de vital importancia hacer todo lo posible para reincorporar a los pacientes que sufren un IJ a una vida laboral activa, también lo es desde el punto de vista económico. Sin embargo, a pesar de todo lo anterior, no existe una estrategia propia para este tipo de pacientes, ni son evaluados de manera integral para hacer constar su situación tras el ictus y ayudarles en el proceso de incorporación en su vida.

- 152 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## BIBLIOGRAFÍA

[1] Amrhein V, Greenland S, McShane B, Retiring statistical significance. *Can J Diet Pract Res. Nature.* 2019 Sep 1;80(3):95-2019-020.

[2] M. Alonso de Leciñana\*, J.A. Egado, I. Casado, M. Ribó, A. Dávalos, J. Masjuan, J.L. Caniego, E. Martínez Vila, E. Díez Tejedor (Coordinador), por el Comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN: B. Fuentes (Secretaría), J. Álvarez-Sabin, J. Arenillas, S. Calleja, M. Castellanos, J. Castillo, F. Díaz-Otero, J.C. López-Fernández, M. Freijo, J. Gállego, A. García-Pastor, A. Gil-Núñez, F. Gillo, P. Irimia, A. Lago, J. Maestre, J. Martí-Fábregas, P. Martínez-Sánchez, C. Molina, A. Morales, F. Nombela, F. Purroy, M. Rodríguez-Yanez, J. Roquer, F. Rubio, T. Segura, J. Serena, P. Simal, J. Tejada y J. Vivancos. Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. *Neurología* 2014;Vol. 29.(Núm. 2.):102-122.

[3] Schöberl F, Ringleb PA, Wakili R, Poli S, Wollenweber FA, Kellert L. Juvenile Stroke. *Dtsch Arztebl Int* 2017 Aug 7;114(31-32):527-534.

[4] Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014.

[5] 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 Lippincott Williams & Wilkins;91(20):e1909-e1917.

[6] ANFAC. Informe anual Anfac. 2017.

[7] Angelis A, Kanavos P, Lopez-Bastida J, Linertova R, Serrano-Aguilar P, BURQOL-RD Research Network. Socioeconomic costs and health-related quality of life in juvenile idiopathic arthritis: a cost-of-illness study in the United Kingdom. *BMC Musculoskeletal Disord* 2016 Aug 2;17:321-016-1129-1.

- 153 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- [8] Arostegui Madariaga I, Núñez Anton V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36)(\*). Estadística Española 2008;50(167):147-192.
- [9] Badia Llach X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. Gastroenterología y Hepatología 2004;27:2-6.
- [10] Benaim C, Cailly B, Perennou D, Pelissier J. Validation of the aphasic depression rating scale. Stroke 2004 Jul;35(7):1692-1696.
- [11] Bermejo Pareja F, Porta-Etessam J, Díaz Guzmán J, Matínez-Miartn P. Más de cien escalas en neurología. segunda ed.: Serie Manuales. Biblioteca Aula Médica; 2008.
- [12] Bersano A, Kraemer M, Burlina A, Mancuso M, Finsterer J, Sacco S, et al. Heritable and non-heritable uncommon causes of stroke. J Neurol 2020 Apr 21. 10.1007/s00415-020-09836-x. Online ahead of print.
- [13] 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(18):693-700.
- [14] Carod-Artal FJ. Post-stroke depression (I). Epidemiology, diagnostic criteria and risk factors. Rev Neurol 2006 Feb 1-15;42(3):169-175.
- [15] Carod-Artal FJ. Post-stroke depression (II): its differential diagnosis, complications and treatment. Rev Neurol 2006 Feb 16-28;42(4):238-244.
- [16] Cibersam. Ficha técnica Hamilton Ansiedad [Internet]. Madrid. Acceso 04/19, 2019. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?id=21>.
- [17] Cibersam. Ficha técnica Hamilton Depresión [Internet]. Madrid. Acceso 04/19, 2019. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?id=57>.
- [18] Consejería Economía, Industria, Comercio y Hacienda Gobierno de Canarias. PVP medio semanal de carburantes en estaciones de Servicio de Canarias (206-2017). 2020.

- 154 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

[19] de Bruijn MAAM, Synhaeve NE, van Rijsbergen MWA, de Leeuw F, Mark RE, Jansen BPW, et al. Quality of Life after Young Ischemic Stroke of Mild Severity Is Mainly Influenced by Psychological Factors. Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases 2015 OCT 2015;24(10):2183-2188.

[20] Dewilde S, Annemans L, Peeters A, Hemelsoet D, Vandermeeren Y, Desfontaines P, et al. Modified Rankin scale as a determinant of direct medical costs after stroke. Int J Stroke 2017 Jun;12(4):392-400.

[21] Díez Tejedor E, Fuentes Gimén B, Alonso de Leciñana M, Álvarez Sabin J, Arboix i Damunt A, Casado I, et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. 1ª ed. Barcelona: P R O U S S C I E N C E; 2006.

[22] Elizabeth B. Lynch, PhD1, Zeeshan Butt, PhD2, 3, Allen Heinemann, PhD4, 5, David Victorson, PhD2, 3, 5, Cindy J. Nowinski, MD, PhD2, 5, Lori Perez, PhD6 and David Cella, PhD. A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships. J Rehabil Med 2008 julio 2008;40(7):518 -523.

[23] EuroQol Research Foundation. EQ-5D-3L User Guide. 2018.

[24] Falkenberg HK, Mathisen TS, Ormstad H, Eilertsen G. "Invisible" visual impairments. A qualitative study of stroke survivors` experience of vision symptoms, health services and impact of visual impairments. BMC health services research 2020 04/15;20(1):302-302.

[25] Fernández Fernández O. Guía práctica diagnóstico-terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en Urgencias. 1ª ed. Madrid: Luzan; 2016.

[26] Fernandez-Concepcion O, Roman-Pastoriza Y, Alvarez-Gonzalez MA, Verdecia-Fraga R, Ramirez-Perez E, Martinez-Gonzalez-Quevedo J, et al. The development of a scale to evaluate the quality of life in stroke survivors. Rev Neurol 2004 Nov 16-30;39(10):915-923.

[27] Ferro JM, Massaro AR, Mas J. Aetiological diagnosis of ischaemic stroke in young adults. The Lancet Neurology 2010 11;9(11):1085-1096.

- 155 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

[28] Fuentes B, Gállego J, Gil-Nuñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al. Guidelines for the preventive treatment of ischaemic stroke and TIA (II). Recommendations according to aetiological sub-type. *Neurología (English Edition)* 2014 4;29(3):168-183.

[29] Furie K. Epidemiology and Primary Prevention of Stroke. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology* 2020;26(2).

[30] Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2018 Mar;49(3):e46-e110.

[31] García Viniegras C. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15:88-88-97.

[32] Gobierno de Canarias. Boletín oficial de Canarias número 67. Precios públicos de prestaciones sanitarias. 2017.

[33] Gobierno de Canarias. Boletín oficial de Canarias número 54. Catálogo de material ortoprotésico. 2004.

[34] Gobierno de Canarias. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria [Internet]. Canarias. Acceso en octubre/20, 2020. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=d452e96a-f717-11e5-986f-d7719bd50f6f&idCarpeta=10b3ea46-541b-11de-9665-998e1388f7ed>.

[35] Goeggel Simonetti B, Mono M, Huynh-Do U, Michel P, Odier C, Sztajzel R, et al. Risk factors, aetiology and outcome of ischaemic stroke in young adults: the Swiss Young Stroke Study (SYSS). *J Neurol* 2015;262(9):2025-2032.

[36] 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 Jul;11(5):519-525.

- 156 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- [37] Hamilton A. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960 Feb;23:56-62.
- [38] Harno H, Haapaniemi E, Putaala J, Haanpaa M, Makela JP, Kalso E, et al. Central poststroke pain in young ischemic stroke survivors in the Helsinki Young Stroke Registry. Neurology 2014 SEP 23 2014;83(13):1147-1154.
- [39] Herdman M, Badia X, Berra S. EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. Aten Primaria 2001 Oct 15;28(6):425-430.
- [40] Hobbie, Wendy L. MSN,C.R.N.P., F.A.A.N., Ogle SMSN, C.R.N.P., Reilly MBSN, Barakat L, Lucas MS, Ginsberg JP, et al. Adolescent and Young Adult Survivors of Childhood Brain Tumors: Life After Treatment in Their Own Words. Cancer Nurs 2016 March/April;39(2):134-143.
- [41] Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS) Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Puntuación del instrumento Cuestionario de Salud SF-36 versión 2. 2003.
- [42] Instituto canario de estadística. Encuesta de salud de Canarias 2015. Metodología. 2015.
- [43] Instituto nacional de estadística. Encuesta de estructura salarial [Internet]. Madrid. Acceso en octubre/19. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=28201#!tabs-tabla>.
- [44] Ioannidis JPA. Retiring statistical significance would give bias a free pass. Nature 2019 Mar;567(7749):461-019-00969-2.
- [45] Jarvis HL, Brown SJ, Price M, Butterworth C, Groenevelt 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 Nov;50(11):3198-3204.
- [46] Jo C. Cost-of-illness studies: concepts, scopes, and methods. Clin Mol Hepatol 2014 Dec;20(4):327-337.

- 157 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

[47] Jun HJ, Kim KJ, Chun IA, Moon OK. The relationship between stroke patients' socio-economic conditions and their quality of life: the 2010 Korean community health survey. *J Phys Ther Sci* 2015 Mar;27(3):781-784.

[48] Lopez-Bastida J, Oliva Moreno J, Worbes Cerezo M, Perestelo Perez L, Serrano-Aguilar P, Montón-Álvarez F. Social and economic costs and health-related quality of life in stroke survivors in the Canary Islands, Spain. *BMC Health Serv Res* 2012 Sep 12;12:315-6963-12-315.

[49] López-García E, Banegas JR, Graciani Pérez-Regadera A, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Population-based reference values for the Spanish version of the SF-36 Health Survey in the elderly. *Med Clin (Barc)* 2003 Apr 26;120(15):568-573.

[50] Maaijwee NAMM, Arntz RM, Rutten-Jacobs LCA, Schaapsmeeders P, Schoonderwaldt HC, van Dijk EJ, et al. Post-stroke fatigue and its association with poor functional outcome after stroke in young adults. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 2015 OCT 2015;86(10):1120-1126.

[51] Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord* 1988 Jan-Feb;14(1):61-68.

[52] Mar J, Álvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado MÁ, Yébenes M, et al. The costs of stroke in Spain by aetiology: the CONOCES study protocol. *Neurología* 2013 Jul-Aug;28(6):332-339.

[53] Martín Vilalta JL, editor. *Enfermedades vasculares cerebrales*. 3ª ed. España: Mayo; 2012.

[54] Masjuan J, Alvarez-Sabín J, Arenillas J, Calleja S, Castillo J, Dávalos A, et al. Stroke health care plan (ICTUS II. 2010). *Neurología* 2011 Sep;26(7):383-396.

[55] 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 12/01; 2020/09;19(4):223-232.

- 158 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- [56] Ministerio de Sanidad. Patrones de mortalidad en España, 2017. 2020.
- [57] Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Informe de posicionamiento terapéutico. Criterios y recomendaciones para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Madrid. 2016.
- [58] National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care Quick reference guide. London; 2004.
- [59] Oliva-Moreno J, Aranda-Reneo I, Vilaplana-Prieto C, González-Domínguez A, Hidalgo-Vega A. Economic valuation of informal care in cerebrovascular accident survivors in Spain. BMC Health Serv Res 2013 Dec 5;13:508-6963-13-508.
- [60] Osses Bustingorry S, Sánchez Tapia I, Ibáñez Mansilla FM. Investigación cualitativa en educación: hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. Estudios pedagógicos (Valdivia) 2006;32(1):119-133.
- [61] Pascual Gómez J, editor. Tratado de Neurología. 1ª ed. España: Luzan5; 2011.
- [62] Pinto Prades J, Sánchez Martín, FI, et al. Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones [Internet]. Acceso Octubre/19. Disponible en: [https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/metodos\\_evaluacion.pdf](https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/metodos_evaluacion.pdf).
- [63] Prakapenia A, Barlinn K, Pallesen L, Kähler A, Siepmann T, Winzer S, et al. Low Diagnostic Yield of Routine Cerebrospinal Fluid Analysis in Juvenile Stroke. Frontiers in Neurology 2018 07/31;9:694.
- [64] Putaala J. Ischemic Stroke in Young Adults. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology 2020;26(2).
- [65] 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(4):1195.

- 159 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- [66] Quintana Peña A. Metodología de investigación científica cualitativa. In: Quintana, A. y Montgomery, W., editor. Psicología: Tópicos de actualidad Lima; 2006.
- [67] Rajsic S, Gothe H, Borba HH, Sroczynski G, Vujicic J, Toell T, et al. Economic burden of stroke: a systematic review on post-stroke care. Eur J Health Econ 2019 Feb;20(1):107-134.
- [68] Rambaud T, Legris N, Bejot Y, Bellesme C, Lapergue B, Jouvent E, et al. Acute ischemic stroke in adolescents. Neurology 2020 Lippincott Williams & Wilkins;94(2):e158-e169.
- [69] Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. Cochrane Database Syst Rev 2015 Aug 27;2015(8):CD011054.
- [70] Robles N, Rajmil L, Rodriguez-Arjona D, Azuara M, Codina F, Raat H, et al. Development of the web-based Spanish and Catalan versions of the Euroqol 5D-Y (EQ-5D-Y) and comparison of results with the paper version. Health Qual Life Outcomes 2015 Jun 3;13:72-015-0271-z.
- [71] Rodríguez Rodríguez J, Reguan Alvarez M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach . REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació 2020;13(2):1-13.
- [72] Ropper AH, Brown RH. Principios de Neurología de Adams y Victor. 8ª ed.: Mc Graw Hill; 2005.
- [73] Sanchez-Lopez Mdel P, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. Psicothema 2008 Nov;20(4):839-843.
- [74] Sarrías-Gómez S, Baile JI. Psychometric Properties of a Spanish Adaptation of the Weight Bias Internalization Scale (Wbis). Nutr Hosp 2015 Oct 1;32(4):1510-1515.

- 160 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

[75] Schoberl F, Ringleb PA, Wakili R, Poli S, Wollenweber FA, Kellert L. Juvenile Stroke. Dtsch Arztebl Int 2017 Aug 7;114(31-32):527-534.

[76] Stevens E, Emmett E, Wang Y, McKeivitt C, Da Wolfe C. El impacto del ictus en Europa. 1º ed. London.

[77] Tang EYH, Price C, Stephan BCM, Robinson L, Exley C. Impact of Memory Problems Post-stroke on Patients and Their Family Carers: A Qualitative Study. Frontiers in medicine 2020 06/19;7:267-267.

[78] Thompson E. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). Occupational Medicine 2015;65(7):601-601.

[79] Tibaek M, Dehlendorff C, Jorgensen HS, Forchhammer HB, Johnsen SP, Kammersgaard LP. Increasing Incidence of Hospitalization for Stroke and Transient Ischemic Attack in Young Adults: A Registry-Based Study. Journal of the American Heart Association 2016;5(5).

[80] Urzua M A. [Health related quality of life: Conceptual elements]. Rev Med Chil 2010 Mar;138(3):358-365.

[81] Valcárcel-Nazco C, Alonso-Modino D, Montón-Álvarez F, Sabatel-Hernández R, Pastor-Santoveña MS, Mesa-Blanco P, et al. Variability in the use of neuroimaging techniques for diagnosis and follow-up of stroke patients. Neurologia 2019 Jul-Aug;34(6):360-366

[82] Van Mierlo ML, van Heugten CM, Post MWM, Hajos TRS, Kappelle LJ, Visser-Meily JMA. Quality of Life during the First Two Years Post Stroke: The Restore4Stroke Cohort Study. Cerebrovasc Dis 2016 2016;41(1-2):19-26.

[83] Van Reenen M, Oppe M. EQ-5D-3L User Guide. *Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument*. 5.1st ed. The Netherlands: EuroQol Research Foundation; 2015.

- 161 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

[84] Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. *Gac Sanit* 2005 Mar-Apr;19(2):135-150.

[85] Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretation of SF-36 and SF-12 questionnaires in Spain: physical and mental components. *Med Clin (Barc)* 2008 May 24;130(19):726-735.

[86] Visser MM, Heijenbrok-Kal MH, Spijker Av, Oostra KM, Busschbach JJ, Ribbers GM. Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2015 August 2015;96(8):1492-1498.

[87] Visvanathan A, Mead GE, Dennis M, Whiteley WN, Doulal FN, Lawton J. The considerations, experiences and support needs of family members making treatment decisions for patients admitted with major stroke: a qualitative study. *BMC medical informatics and decision making* 2020 06/01;20(1):98-98.

[88] Von Sarnowski B, Putaala J, Grittner U, Gaertner B, Schminke U, Curtze S, et al. Lifestyle risk factors for ischemic stroke and transient ischemic attack in young adults in the Stroke in Young Fabry Patients study. *Stroke* 2013 Jan;44(1):119-125.

[89] Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke* 1999 Jul;30(7):1362-1369.

[90] Yannick Béjot, MD, PhD\*,1, Benoit Delpont M, Maurice Giroud M. Rising Stroke Incidence in Young Adults: More Epidemiological Evidence, More Questions to Be Answered. *J Am Heart Assoc* 2016 May 11, 2016;Vol.5(5):e00366.

[91] Zarranz Imirizaldu JJ. *Neurología*. 6ª ed.: Elsevier; 2018.

[92] Manning JW, Singer D.E., Lip G.YH, FRCPE, FESC, FAC. Atrial Fibrillation: anticoagulant therapy to prevent thromboembolism [Monográfica en internet]. Saperia G.M. UpToDate; 2020. Acceso en octubre 2020. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

[93] Fox C, Smith S E. Ischemic stroke in children and young adults: Emidemiology, etiology and risk factors. [Monográfica en internet]. Dashe J.F. UpToDate; 2020. Acceso en octubre 2020. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

[94] Kivioja R, Pietilä A, Martinez-Majander N, Gordin D, Havulinna AS, Salomaa V, et al. Risk Factors for Early-Onset Ischemic Stroke: A Case-Control Study. J Am Heart Assoc 2018 Nov 6;7(21):e009774.

[95] Ministerio de Sanidad. Información sobre los productos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS (dispensables a través de oficinas de farmacia)[Internet]. Madrid; 2020; Acceso en Mayo, 2019. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/nomenclator.do>.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

## ANEXO I

### ESCALAS Y CUESTIONARIOS

#### 1. ESCALA EUROQOL- 5D

Su estado de salud hoy	
<b>Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY. No marque más de una casilla en cada grupo</b>	
<b>Movilidad</b>	
• No tengo problemas para caminar .....	<input type="checkbox"/> 1
• Tengo algunos problemas para caminar .....	<input type="checkbox"/> 2
• Tengo que estar en cama .....	<input type="checkbox"/> 3
<b>Cuidado personal</b>	
• No tengo problemas con el cuidado personal .....	<input type="checkbox"/> 1
• Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme .....	<input type="checkbox"/> 2
• Soy incapaz de lavarme o vestirme .....	<input type="checkbox"/> 3
<b>Actividades cotidianas</b> (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)	
• No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas .....	<input type="checkbox"/> 1
• Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas .....	<input type="checkbox"/> 2
• Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas .....	<input type="checkbox"/> 3
<b>Dolor/malestar</b>	
• No tengo dolor ni malestar .....	<input type="checkbox"/> 1
• Tengo moderado dolor o malestar .....	<input type="checkbox"/> 2
• Tengo mucho dolor o malestar .....	<input type="checkbox"/> 3
<b>Ansiedad/depresión</b>	
• No estoy ansioso ni deprimido .....	<input type="checkbox"/> 1
• Estoy moderadamente ansioso o deprimido .....	<input type="checkbox"/> 2
• Estoy muy ansioso o deprimido .....	<input type="checkbox"/> 3
Comparando con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es: (POR FAVOR, PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)	
• Mejor	<input type="checkbox"/> 1
• Igual	<input type="checkbox"/> 2
• Peor	<input type="checkbox"/> 3

- 164 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 18/05/2021 14:06:11

LILISBETH I. PERESTELO PEREZ  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

19/05/2021 07:58:47

María de las Maravillas Aguiar Aguiar  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

**Su estado de salud hoy**

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

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» (\*) hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

**SU ESTADO DE SALUD HOY**

El mejor estado de salud imaginable

El peor estado de salud imaginable

(\*) A veces se tiende a valorar el estado de salud actual haciendo una cruz o una marca en la EVA.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>	
Identificador del documento: 3445150	Código de verificación: 2KuMtsnH
Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

2. ESCALA SF-36

			Puntuación
<b>1. En general, usted diría que su salud es:</b>			<input type="checkbox"/>
Excelente	1		
Muy buena	2		
Buena	3		
Regular	4		
Mala	5		
<b>2. ¿Cómo diría usted que es su salud comparada con la de hace un año?</b>			<input type="checkbox"/>
Mucho mejor ahora que hace un año	1		
Algo mejor ahora que hace un año	2		
Más o menos igual ahora que hace un año	3		
Algo peor ahora que hace un año	4		
Mucho peor ahora que hace un año	5		
<b>3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?</b>			
	<b>Sí, me limita mucho</b>	<b>Sí, me limita un poco</b>	<b>No me limita nada</b>
<b>Actividades</b>			
Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	1	2	3 <input type="checkbox"/>
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	1	2	3 <input type="checkbox"/>
Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3 <input type="checkbox"/>
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3 <input type="checkbox"/>
Subir un solo piso por la escalera	1	2	3 <input type="checkbox"/>
Agacharse o arrodillarse	1	2	3 <input type="checkbox"/>
Caminar un kilómetro o más	1	2	3 <input type="checkbox"/>
Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3 <input type="checkbox"/>
Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3 <input type="checkbox"/>
Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3 <input type="checkbox"/>
<b>4. Durante las cuatro últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?</b>			
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2	<input type="checkbox"/>
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2	<input type="checkbox"/>

- 166 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

**5. Durante las cuatro últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?**

	Sí	No	
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	1	2	<input type="checkbox"/>
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2	<input type="checkbox"/>
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2	<input type="checkbox"/>

**6. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?**

Nada.....	1	<input type="checkbox"/>
Un poco .....	2	
Regular .....	3	
Bastante .....	4	
Mucho .....	5	

**7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las cuatro últimas semanas?**

No, ninguno.....	1	<input type="checkbox"/>
Sí, muy poco.....	2	
Sí, un poco.....	3	
Sí, moderado.....	4	
Sí, mucho.....	5	
Sí, muchísimo .....	6	

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

Nada .....	1	<input type="checkbox"/>
Un poco .....	2	
Regular .....	3	
Bastante .....	4	
Mucho .....	5	

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las cuatro últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto tiempo...?

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
Se sintió lleno de vitalidad	1	2	3	4	5	6
Estuvo muy nervioso	1	2	3	4	5	6
Sé sintió tan bajo de moral que nada podía animarle	1	2	3	4	5	6
Se sintió calmado y tranquilo	1	2	3	4	5	6
Tuvo mucha energía	1	2	3	4	5	6
Se sintió desanimado y triste	1	2	3	4	5	6
Se sintió agotado	1	2	3	4	5	6
Se sintió feliz	1	2	3	4	5	6
Se sintió cansado	1	2	3	4	5	6

10. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre .....	1
Casi siempre .....	2
Algunas veces .....	3
Sólo alguna vez .....	4
Nunca .....	5

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

**Instrucciones:** las preguntas anteriores se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto. Recuerde, debe marcar un solo número por pregunta.

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

### 3. ESCALA HAMILTON DEPRESIÓN

Por favor, rodee con un círculo la respuesta de cada pregunta acerca de la depresión del paciente que más se aplica en el momento actual

Ítem	Valoración
1. <i>Estado de ánimo deprimido (sensación de tristeza, desesperanza, desamparo, inutilidad)</i>	0. Ausente 1. Expresa estas sensaciones solamente al ser preguntado 2. Expresa estas sensaciones espontáneamente de manera verbal 3. Expresa estas sensaciones de manera no verbal (p. ej., por medio de la expresión facial, la postura, la tendencia al llanto) 4. Expresa estas sensaciones de manera verbal y no verbal, de forma espontánea
2. <i>Sentimiento de culpabilidad</i>	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, siente que ha decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad o culpabilidad por errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o tiene alucinaciones visuales amenazadoras
3. <i>Suicidio</i>	0. Ausente 1. Piensa que no vale la pena vivir la vida 2. Desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de quitarse la vida 3. Piensa o amenaza con la manera de suicidarse 4. Intentos de suicidio (cualquier intento de suicidio se clasifica en 4)
4. <i>Insomnio al principio de la noche</i>	0. Ausente. No tiene dificultad para dormirse 1. Se queja de que le cuesta dormirse algunas veces (p. ej., tarda más de media hora en dormirse) 2. Se queja de que le cuesta dormirse siempre (todas las noches)
5. <i>Insomnio durante la mitad de la noche</i>	0. Ausente 1. Se queja de que está inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche (si se levanta de la cama por cualquier razón se puntúa en 2, excepto si va al servicio)
6. <i>Insomnio al final de la noche</i>	0. Ausente 1. Se despierta a primera hora de la madrugada pero se vuelve a dormir 2. Es incapaz de volver a dormirse si se levanta de la cama
7. <i>Trabajo y actividades</i>	0. No tiene dificultad 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, trabajo o aficiones (directamente expresado por el paciente o indirectamente deducido por su desatención, indecisión y vacilación; siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades) 3. Acortamiento del tiempo dedicado a actividades o disminución de la productividad 4. Dejó de trabajar por la enfermedad actual
8. <i>Inhibición (lentitud en el pensamiento y de lenguaje; pérdida de la capacidad de concentración, disminución de la actividad motora)</i>	0. Habla y piensa normalmente 1. Ligera inhibición durante la entrevista 2. Evidente inhibición durante la entrevista 3. Entrevista larga y difícil 4. Estupor (no habla ni piensa). Entrevista imposible
9. <i>Agitación</i>	0. Ausente 1. No puede estar quieto 2. Juega con sus manos, cabello, etc. 3. Cambia constantemente de posición, no puede estar sentado 4. Se frota las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

- 169 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

10. <i>Ansiedad psíquica</i>	0. Ausente 1. Tensión subjetiva, irritabilidad 2. Preocupación por cosas sin importancia 3. Actitud aprensiva aparente en la cara y el lenguaje 4. Expresa temores espontáneamente sin ser preguntado
11. <i>Ansiedad somática</i>	Signos fisiológicos concomitantes con la ansiedad, tales como gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias); respiratorios (hiperventilación, suspiros); frecuencia urinaria; sudoración 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante
12. <i>Síntomas somáticos gastrointestinales</i>	0. Ausente 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que le insistan. Sensación de pesadez abdominal 2. Dificultad para comer si no se le insiste. Solicita o requiere laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales
13. <i>Síntomas somáticos generales</i>	0. Ausente 1. Sensación de pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma somático bien definido se puntúa 2
14. <i>Síntomas genitales</i>	0. Ausente 1. Leve 2. Grave
15. <i>Hipocondría</i>	0. Ausente 1. Está preocupado por las funciones corporales y por síntomas orgánicos 2. Está muy preocupado porque piensa que tiene una enfermedad orgánica 3. Está convencido de que tiene una enfermedad orgánica. Solicita ayuda, exploraciones, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. <i>Conciencia de enfermedad</i>	0. Reconoce que está deprimido y enfermo 1. Reconoce su enfermedad pero lo atribuye a otras causas, como la mala alimentación, el clima, el exceso de trabajo, un virus, la necesidad de descanso, etc. 2. Niega que está enfermo
17. <i>Pérdida de peso (completar A en la 1ª evaluación y B en las siguientes)</i>	A 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso conocida y expresada por el paciente B 0. No hay pérdida de peso o pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso superior a 500 g en la semana anterior 2. Pérdida de peso superior a 1 kg en la semana anterior

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

4. ESCALA HAMILTON ANSIEDAD

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
1. <b>Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. <b>Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. <b>Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. <b>Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. <b>Intelectual (cognitivo).</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. <b>Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. <b>Síntomas somáticos generales (musculares).</b> Dolores y molestias generales, crujido, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. <b>Síntomas somáticos generales (sensoriales).</b> Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, hormigueo.	0	1	2	3	4
9. <b>Síntomas Cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor pecho, extrasístoles, sensación de desmayo.	0	1	2	3	4
10. <b>Síntomas respiratorios.</b> Opresión, constricción, sensación de ahogo, disnea.	0	1	2	3	4
11. <b>Síntomas Gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia, dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos, digestión lenta, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. <b>Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. <b>Síntomas autonómicos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección.	0	1	2	3	4
14. <b>Comportamiento general en la entrevista.</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa, manos, dedos cogidos, apretados,	0	1	2	3	4

- 171 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

tics, enrollar un pañuelo, inquietud, pasearse de un lado a otro, temblor en manos, ceño fruncido, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria > 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, pupilas dilatadas, exoftalmo, sudor, tics en los párpados.					
--	--	--	--	--	--

<b>Ansiedad psíquica (1-6)</b>	
<b>Ansiedad somática</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

- 172 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

## 5. CUESTIONARIO GHQ12

**Durante los últimos 30 días, ¿ha podido concentrarse bien en lo que hacía?**

- 01 Mejor que lo habitual
- 02 Igual que lo habitual
- 03 Menos que lo habitual
- 04 Mucho menos que lo habitual
- 09 NS/NC

**Durante los últimos 30 días, ¿sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?**

- 01 No, en absoluto
- 02 No más que lo habitual
- 03 Algo más que lo habitual
- 04 Mucho más de lo habitual
- 09 NS/NC

**Durante los últimos 30 días, ¿ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?**

- 01 Más útil que lo habitual
- 02 Igual que lo habitual
- 03 Menos útil que lo habitual
- 04 Mucho menos útil que lo habitual
- 09 NS/NC

**Durante los últimos 30 días, ¿se ha sentido capaz de tomar decisiones?**

- 01 Más que lo habitual
- 02 Igual que lo habitual
- 03 Menos que lo habitual
- 04 Mucho menos que lo habitual
- 09 NS/NC

**Durante los últimos 30 días, ¿se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?**

- 01 No, en absoluto
- 02 No más que lo habitual
- 03 Algo más que lo habitual
- 04 Mucho más de lo habitual
- 09 NS/NC

- 173 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 18/05/2021 14:06:11

LILISBETH I. PERESTELO PEREZ  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

19/05/2021 07:58:47

María de las Maravillas Aguiar Aguiar  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

**Durante los últimos 30 días, ¿ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?**

- 01 No, en absoluto
- 02 No más que lo habitual
- 03 Algo más que lo habitual
- 04 Mucho más de lo habitual
- 09 NS/NC

**Durante los últimos 30 días, ¿ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?**

- 01 Más que lo habitual
- 02 Igual que lo habitual
- 03 Menos que lo habitual
- 04 Mucho menos que lo habitual
- 09 NS/NC

**Durante los últimos 30 días, ¿ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?**

- 01 Más que lo habitual
- 02 Igual que lo habitual
- 03 Menos que lo habitual
- 04 Mucho menos que lo habitual
- 09 NS/NC

**Durante los últimos 30 días, ¿se ha sentido poco feliz y deprimido?**

- 01 No, en absoluto
- 02 No más que lo habitual
- 03 Algo más que lo habitual
- 04 Mucho más de lo habitual
- 09 NS/NC

**Durante los últimos 30 días, ¿ha perdido la confianza en sí mismo?**

- 01 No, en absoluto
- 02 No más que lo habitual
- 03 Algo más que lo habitual
- 04 Mucho más de lo habitual
- 09 NS/NC

**Durante los últimos 30 días, ¿ha pensado que es una persona que no sirve para nada?**

- 01 No, en absoluto
- 02 No más que lo habitual
- 03 Algo más que lo habitual
- 04 Mucho más de lo habitual
- 09 NS/NC

**Durante los últimos 30 días, ¿se ha sentido razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?**

- 01 Más que lo habitual
- 02 Igual que lo habitual
- 03 Menos que lo habitual
- 04 Mucho menos que lo habitual
- 09 NS/NC

- 174 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

## 6. ESCALA NIHSS

Nivel de conciencia	Alerta	0	Pierna izquierda	No claudica. BM 5	0
	Somnoliento	1		Claudica. BM 4	1
	Estuporoso	2		Algún esfuerzo contra gravedad. BM3	2
	Coma	3		Sin esfuerzo contra gravedad. BM 2-1	3
Preguntas LOC	Responde ambas correctamente	0	Pierna derecha	Ningún movimiento. BM 0	5
	Responde una correctamente	1		No claudica. BM 5	0
	Incorrecto	2		Claudica. BM 4	1
Órdenes LOC	Realiza ambas correctamente	0		Algún esfuerzo contra gravedad. BM3	2
	Realiza una correctamente	1		Sin esfuerzo contra gravedad. BM 2-1	3
	Incorrecto	2		Ningún movimiento. BM 0	5
Mirada	Normal	0	Ataxia de miembros	Ausente	0
	Parálisis parcial de la mirada	1		Presente en una extremidad	1
	Desviación oculocefálica	2		Presente en dos extremidades	2
Campos visuales	Sin déficit campimétricos	0		Si está presente se localiza en: Brazo derecho (1: sí; 0; no)	3
	Cuadrantanopsia	1		Brazo izquierdo (1: sí; 0; no)	3
	Hemianopsia homónima	2		Pierna derecha (1: sí; 0; no)	3
	Hemianopsia homónima bilateral, cieguera	3		Pierna izquierda (1: sí; 0; no)	3
Parálisis facial	Movimientos normales y simétricos	0	Sensibilidad	Normal	0
	Paresia ligera	1		Hipoestesia ligera a moderada	1
	Parálisis parcial	2		Hipoestesia severa o anestesia	2
	Parálisis completa	3			
Brazo izquierdo	No claudica. BM 5	0	Lenguaje	Normal, sin afasia	0
	Claudica. BM 4	1		Afasia ligera a moderada	1
	Algún esfuerzo contra gravedad. BM 3	2		Afasia severa. Broca, Wernicke...	2
	Sin esfuerzo contra gravedad. BM 2-1	3		Afasia global o mitismo	3
	Ningún movimiento. BM 0	4		Disartria	Articulación normal
		Ligera a moderada	1		
Brazo derecho	No claudica. BM 5	0	Extinción	Severa o anartria	2
	Claudica. BM 4	1		Sin anormalidad	0
	Algún esfuerzo contra gravedad. BM3	2		Parcial (sólo una modalidad afectada)	1
	Sin esfuerzo contra gravedad. BM 2-1	3		Completa (más de una modalidad)	2
	Ningún movimiento, BM 0	4			

- 175 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

## 7. ESCALA RANKIN MODIFICADA

Grado	Clínica
0	Ausencia de síntomas
1	Síntomas leves que no interfieren con las actividades habituales del paciente
2	Incapacidad leve. Síntomas que no imponen alguna restricción en las actividades del paciente, pero no impiden que sea capaz de cuidarse por sí mismo
3	Incapacidad moderada. Síntomas que restringen de forma significativa las actividades habituales del paciente y le impiden una existencia completamente independiente
4	Incapacidad moderada-severa. Imposibilidad para una existencia independiente, pero no requiere atención constante
5	Incapacidad severa. Requiere atención constante noche y día
6	Muerte

- 176 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

## 8. ENCUESTA USO DE RECURSOS

1. Paciente: \_\_\_\_\_

2. Tipo de ictus:

- Isquémico
- Hemorrágico

3. Municipio de residencia: \_\_\_\_\_

4. Estado civil:

- Solter@ // Casad@ // Separad@ // Viudo@ // Divorciad@ // NS/NC

5. Nivel de estudios finalizados:

- Primarios // Secundarios // Universitarios // Ninguno

6. ¿Con quién convive?: \_\_\_\_\_

7. Numero de miembros del hogar donde vive el paciente: \_\_\_\_\_ personas

8. Cuidador:

- ¿Necesita usted de un cuidador que le ayude en sus actividades cotidianas? (aseo básico, ayudarle a moverse, administración de los medicamentos, realización de curas, etc)

▪ Si // No

- En caso afirmativo ¿Quién es su cuidador principal?

- Familiar u otra persona no contratada
- Cuidador profesional (contratado o facilitado por una entidad)

- Si utiliza servicios de un cuidador profesional,

- ¿Cuántas horas semanales?
- ¿Quién paga el servicio y cuánto?

1. Yo pago el coste entero de \_\_\_\_\_ € por hora

2. El coste está cubierto por la Seguridad Social u otra entidad.

3. El coste está parcialmente cubierto por la Seguridad Social u otra entidad, yo pago \_\_\_\_\_ € por hora.

- Si utiliza servicios de un cuidador familiar:

- ¿Ha abandonado éste su trabajo para cuidarle a usted?

1. Si // No

- 177 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 18/05/2021 14:06:11

LILISBETH I. PERESTELO PEREZ  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

19/05/2021 07:58:47

María de las Maravillas Aguiar Aguiar  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

- ¿Ha disminuido sus horas de trabajo para cuidarle a usted?

1. Si // No

- ¿Han disminuido sus ingresos para cuidarle a usted?

1. Si // No

**9. ¿Cuál es su situación laboral?**

- Estoy en activo
- Estudiante → salte a la pregunta 11
- Estoy en paro → salte a la pregunta 11
- Baja laboral transitoria
- Incapacidad laboral permanente → Salte a la pregunta 10
- Jubilado/a → Salte a la pregunta 10
- Sus labores → Salte a la pregunta 11
- Situación especial (Talleres ocupacionales) → Salte a la pregunta 11
- Pensión no contributiva → Salte a la pregunta 11.

**10. ¿Cuál era su situación laboral antes de sufrir el ictus?**

- Estaba en activo
- Estudiante
- Estaba en paro
- Baja laboral transitoria
- Incapacidad laboral permanente
- Jubilado/a
- Sus labores
- Situación especial (Talleres ocupacionales)
- Pensión no contributiva

**11. Limitación laboral (solo se responderá en el caso de que el paciente esté trabajando o en situación de baja laboral transitoria)**

- El hecho de sufrir un ictus, ¿le ha supuesto algún problema laboral en los últimos 6 meses?
  - Si // No
- En caso afirmativo, indíquelo
  - He estado de baja laboral \_\_\_\_ días

- 178 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

- Estuve trabajando \_\_\_\_ horas menos al día durante \_\_\_\_ días.
- Estoy trabajando \_\_\_\_ horas menos al día
- No trabajo menos horas al día pero tengo problemas para rendir
- Otros problemas: \_\_\_\_\_

**12. Abandono laboral (Solo se responderá en el caso de que el paciente esté jubilado o en situación de incapacidad laboral permanente)**

- ¿Ha tenido que abandonar su trabajo o jubilarse prematuramente debido a haber sufrido un ictus?
  - Si // No

**13. ¿Posee Ud. el certificado de discapacidad o reconocido oficialmente el grado de minusvalía?**

- Si → Indique por favor el grado: 33-64% 65-74% > 75%
- Lo he solicitado, está en proceso de tramitación
- Lo he solicitado, pero me lo han denegado o es menor del 33%
- No lo poseo ni lo he solicitado
- No procede, el afectado no tiene edad suficiente.

**14. ¿Posee Ud. la valoración de dependencia?**

- Si, ya dispongo de la valoración → Indique por favor Grado:\_\_\_\_ y Nivel\_\_\_\_
- La he solicitado, está en proceso de tramitación.
- No, pero tengo intención de solicitarla
- No tengo intención de solicitarla.

**15. ¿Qué medicamentos está tomando Ud. Durante este último mes (por causas debidas a su enfermedad)?** Por favor, seleccione los medicamentos e indique el régimen de pago.

Nombre comercial del medicamento (ppio activo)	Coste cubierto por el Sistema Sanitario		
	Si	No	Parcial
Adiro (ácido acetil salicílico)			
Plavix (Clopidogrel)			
Sintrom (Acenocumarol)			

- 179 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Eliquis (Apixaban)			
Xarelto (Rivaroxaban)			
Pradaxa (Dabigatran)			
Acovil (Ramipril)			
Ramipril			
Losartan			
Emconcor (Bisoprolol)			
Cardyl (Atorvastatina)			
Sinvastatina			
Crestor (Rosuvastatina)			
Dianbem (Metformina)			
Sitagliptina			
Insulina			

16. ¿A qué pruebas médicas o Exploraciones prescritas por un médico, se ha sometido usted en los últimos 6 meses, tras haber sido dado de alta? (por causas debidas al ictus) Si el coste no estaba cubierto o lo estaba parcialmente, indique el precio de la prueba.

Pruebas médicas o exploraciones	Nº de veces en 6 meses	Coste cubierto por el sistema sanitario			
		Si	No	Parcial	Coste €
Análisis de sangre					
Análisis de orina					
Ecocardiograma					
Electrocardiograma					
Holter					

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Radiografía de pulmón					
TAC (escáner) de cabeza					
RM de cabeza					
Arteriografía					
Ecografía de carótidas					
Ecografía transcraneal					
Electroencefalograma					

17. ¿Cuántas visitas médicas a Especialista ha tenido usted que realizar en los últimos 6 meses? (por causas debidas al ictus)

Especialista	Nº de veces en 6 meses	Coste cubierto por el sistema sanitario			
		Si	No	Parcial	Coste €
Neurólogo					
Cardiólogo					
Neumólogo					
Neurocirujano					
Endocrino					
Digestivo					
Rehabilitador					
Fisioterapeuta					
Logopeda					
Terapeuta ocupacional					
Oftalmólogo					
Psiquiatra					
Psicólogo					
Pediatra					

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Urólogo					

**18. ¿Cuántas visitas al Médico de familia / Enfermer@/ Urgencias/ ha tenido que realizar usted en los últimos 6 meses por causas debidas al ictus?**

- Médico de familia
  - Visitas en el centro de salud:
  - Visitas en domicilio:
- Enfermer@
  - Visitas en el centro de salud:
  - Visitas en domicilio:
- Urgencias
  - Visitas en el centro de salud:
  - Visitas en domicilio:
  - Visitas en el Hospital:

**19. ¿Cuántas veces y días ha tenido usted que ingresar en el hospital en los últimos 6 meses a causa del ictus?**

- Veces:
- Días en total:

**20. Por favor, señale el Material sanitario que haya tenido que utilizar usted en los últimos 6 meses por causas debidas al ictus:**

Material Sanitario	Nº de veces en 6 meses	Coste cubierto por el sistema sanitario			
		Si	No	Parcial	Coste €
Cama articulable					
Silla de ruedas					
Bastón					
Muleta					
Andadora					
Férulas					
Silla para la ducha					

- 182 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

Sillón articulado					
Apósitos y vendas					
Suplementos alimentarios					
Adaptación de la vivienda					
Coche adaptado					

21. ¿Qué dificultades para obtención de productos sanitarios ha tenido?

- Falta de existencias del producto
- El producto ha sido retirado
- Se ha de obtener de otro país
- Está indicado para otra enfermedad, pero no para la mía
- No está costeado por la seguridad social y me resulta excesivamente caro
- Fórmula farmacéutica inadecuada
- Otras dificultades:

22. ¿Cuántas veces ha utilizado usted los transportes en los últimos 6 meses para los desplazamientos relacionados con su enfermedad al centro de salud, hospital, rehabilitación, etc?

Tipo de transporte	Nº de veces en 6 meses	Coste cubierto por el sistema sanitario			
		Si	No	Parcial	Coste €
Coche particular					
Taxi					
Guagua					
Avión					
Transporte sanitario					

- 183 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

y/o adaptado					
Ambulancia					
Motocicleta					

**23. ¿Ha requerido rehabilitación o fisioterapia en los últimos 6 meses?**

- Si // No

**24. Si la respuesta es afirmativa indique el número de sesiones de cada una:**

- Número de sesiones fisioterapia:
- Número de sesiones logopedia:
- Número de sesiones terapia ocupacional:

**25. ¿Está usted satisfecho con la atención sanitaria recibida por el motivo de su**

**enfermedad?** Indique del 1 al 10 donde 1 es muy insatisfecho y 10 muy satisfecho:

- Valoración:

**26. ¿Quién contesta el cuestionario para el paciente?**

- El paciente
- El acompañante

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

## ANEXO II

### LIBRO DE CÓDIGOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	CÓDIGO	FRASES O CITAS
Situación laboral actual	Situación actual	Trabajando	<i>E: Su situación laboral actual, ¿cuál es?</i> <i>P: Estoy trabajando. [M47-H]</i>
		Autónomo	<i>[...]Bueno, yo soy autónoma[M40-I]</i>
		Baja laboral	<i>[...] a ver ahora mismo de baja, . [H50-I]</i>
		Desempleado	<i>[...]jeeeh no, no trabajo, estoy intentando conseguir trabajo, pero de momento estoy desempleada. [M22-I]</i>  <i>[...]Nada desempleado no encuentro trabajo hace...montón de tiempo...montón de entrevistas pero nada... .[H44-I]</i>
		Ama de casa	<i>[...]Cuál es su situación laboral actual?</i> <i>P: En casa.[M41-I]</i>
	Cambios laborales	No cambio laboral	<i>[...]mmmm laboralmente no, no ha cambiado absolutamente nada, . [M25-I]</i>
		No cambio laboral a futuro	<i>[...] Sus planes laborales de futuro han cambiado por el hecho de haber sufrido el ictus? ¿Usted se veía a lo mejor en otro puesto o en otra...?</i> <i>P: No. [M47-H]</i>
		Reincorporación a vida laboral	<i>[...]ya de hecho la has incorporado a tu vida diaria? P: Si, totalmente. . [M25-I]</i>
		Cambio de planes laborales	<i>[...]bueno, en realidad no, en realidad si cambiaron porque yo me quería ir a hacer un año, trabajar un año aquí, ganar dinero, vivir a costa de mis padres, (risas), ganar dinero e irme, a lo mejor a Inglaterra, Londres, Irlanda, a algún lugar de estos aprender el idioma y ya</i>

- 185 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<p><i>luego volver, pero no, no pudo ser. [M25-I]</i></p> <p><i>[...]P: Si yo creo que si porqueeee el camino que seguía era de asumir otras cosas, que a día de hoy dije que no queeee pasado lo que ocurrió ya no me interesaba. [M47-I]</i></p> <p><i>[...]Siii... tenía una persona que quería que entrara con él una sociedad... pero el me tenía mi idea en mi trabajo... dinero... quería... ---- un titulo de estudio tengo mi historia en Italia... en Italia... y el me conocía ya de ahí... creía en miii perooo cunado vino me paso eso, me paso lo del ictus...entoncessss después ----- como salí del hospitel ya estaba bien... poco a poco-----                  -----algún día--- he estado un poco 6-7 meses... por el miedo todo eso...eso es lo que perdí con el ictus, esta oportunidad.. [H44-I]</i></p>
	Cambios laborales	<p><i>[...] Hombre me afecta porque si antes podía trabajar, soy autónomo, si antes podía trabajar eh, competo, ahora no puedo. [M40-I]</i></p> <p><i>[...] claro, por supuesto. Tenía oficina en Cuba en Budapest y en Dakar, he tenido que bajar... Palos por todos los lados, porque además soy yo la que diseña. [M40-I]</i></p> <p><i>[...]Claaaro, sii este... yo pensabaaaa sacarlo deeee lo dee profesora y convertir la peluquería también es una academia para enseñar y transmitir lo que yo sé... pero...</i></p>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<p>bueno... a raíz de todo esto he tenido que retrasar e incluso no planteármelo otra vez....                  porqueee como le digo vengo muy cansada... nooo no se no sabría. [M45-I]</p>
		Cambio vocacional	<p>[...]La verdad es que no, si que es verdad que retomé los estudios con otra licenciatura yyy no me gustó mucho y lo que estoy un poco ahora es confusa, porque después del ictus mi percepción, mi vocación, todo cambió un poco y ahora estoy un poco pues eso, en una balanza de indecisiones. . [M22-I]</p> <p>[...]Pues la verdad es que no lo se, se que me costaría un montón pero como ha cambiado mi vocación. [M22-I]</p>
<b>Problemas Laborales</b>	Problemas Laborales		<p>[...]¿ahora tiene que trabajar menos horas?                  P: si. Menos horas y contar con más gente para corregir. [M40-I]</p> <p>[...] como estaba, estaba hoy aquí, mañana en Cuba, pasado en Budapest, pasado en Dakar, pasado en Ibiza, en Madrid. [M40-I]</p> <p>[...] osea de pie puedo deambular ligeramente, pero largos periodos de pie no puedo estar. a la hora hora y media como mucho una hora hora y media. [H50-I]</p> <p>[...] el cambio es mm brusco, pero es que aparte eso afecta a ya no solo a mi trabajo, también a mi vida personal[H50-I]</p>
		Abandono laboral	<p>[...]una año entero trabajando, haciendo como que trabajaba... porque no podía hacer</p>

- 187 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<p><i>prácticamente casi nada. [H50-I]</i></p> <p><i>[...] no puedo incorporarme al traba... . [M47-H]</i></p>
	Abandono de estudios		<p><i>[...]pueees la verdad es que por tema de salud, tuve que dejar lo que es la laguna, mas que el estudio, la zona donde desempeñabaaa el estudio. . [M22-I]</i></p>
	Disminución del rendimiento		<p><i>[...]jeeeeh si, bueno ahora... tengo otra persona que me ayuda por lo que le explicooo que mi rendimiento no es el mismo yo no... me siento muy cansada con... . [M45-I]</i></p> <p><i>[...]mmm ósea, mm como que... eee.. que mme cuesta más a lo mejor centrarme en lo que estoy haciendo, pero cuando empiezo yaaa continuo bien sin problemas. . [M47-I]</i></p>
	<b>Capacidad económica</b>	No merma económica	<p><i>[...] mmm de momento no, porque he estado cobrando el 100%, de momento. [H50-I]</i></p>
		Merma económica	<p><i>[...] Si porque coges menos, yo por ejemplo antes, antes del ictus había viajado cuatro veces a Cuba, las producciones de Cuba no las estoy haciendo porque es mucho tiempo, de viaje... sabes.... [M40-I]</i></p> <p><i>[...] O sea, yo que se, imagínate que a lo mejor yo facturaba antes... no te puedo decir, pero voy a decir X, 3000 euros, o 20000 euros y ahora facturo 6. . [M40-I]</i></p> <p><i>[...] Ganando tres veces más de lo que gano, ¿sabes? . [M40-I]</i></p> <p><i>[...] Siiii, porque de 1060 que cobraba a ahora que estoy cobrando 500€ ... bastante... .</i></p>

- 188 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		[M47-H]	
<b>Situación familiar</b>	<b>Vivencia Familiar</b>	La familia lo vivió mal	<p>[...]mi madre fatal, por lo menos mi madre, y incluso mi hermana mayor, que era que estaba de vacaciones aquí, y pufff, pienso que les pudo haber afectado más que al resto. . [M25-I]</p> <p>[...] Pues muy mal. muy mal... osea no es deseable para nadie. [H50-I]</p> <p>[...]hombre pues... lo vivieron como una película de terror un poco... y cuando lo recuerdan, aunque intentan bromear sobre sobre lo que ocurrió, da un poquito de miedo y yy mis hijas por ejemplo lo pasaron mal. [M47-I]</p>
		La familia lo llevó bien	<p>[...] Pues.. bien, si porque yo soy muy positiva, entonces si yo no lloraba, ellos que iban a llorar. [M40-I]</p>
		No me atrevo a preguntar a mi familia	<p>[...] no se porque no les he preguntado no... no me atrevo a preguntarle.. no me atrevo a preguntarle porque no quiero que vuelvan otra vez a pensar en el momento... . [M47-H]</p>
		Luchadora	<p>[...]pues la verdad que lo máximo que opinan lo así una opinión muy común entre ellos es de porque no? De porque pasa eso a una persona tan joven y un poco es el porque. Siempre opinan mucho de porque ooo pero siempre la palabra es no, es una luchadora no, siempre he escuchado la misma palabra. . [M22-I]</p>
		La familia la ve irritable	<p>[...]Bueno... mis amigos bien pero la familia es la que mas se da cuenta lo que le digo.. queeee me irrito con mucha facilidad... queeeee algo me</p>

- 189 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<p><i>enfada y no se como explicarlo a la hora de hablarlo deee... y entonces en muchas oportunidades o mi hija o mi esposo me tienen que estaaaar rectificando porqueeee me enredo.... en vez de decir una cosa digo otraa y maaaa que no es esto tu quieres decir esto... Bueno ya le digo, ustedes me entienden, ya jejejeje, no me corrijan pero claro yo se queeeee eso eeh esta bien porque tengo que decir las cosas tal cual... como son. [M45-I]</i></p>
	Cosa de familia	<p><i>[...]Bueno mi familia opina que es una cosa de familia, porque mi padre lo tuvo, mi abuelo tambien, mi tio... una cosa que todo la familia ha tenido. Bueno mi padre se murio por eso, por ictus.[H44-I]</i></p>
<b>Respuesta familiar</b>	Sobreprotección familiar	<p><i>[...]Pero mmmmm, creo que me ha afectado, en el sentido, de que mis padres, sobre todo mi madre, me ha sobreprotegido, con 25 años, en ese momento, me sobreprotegió, y eso a mi me afectaba, ese hecho de que estuviese todo el día sobre mi. . [M25-I]</i></p> <p><i>[...]Bueno.... el hecho ellas están mas pendientes.... mmmm... temerosas que me vuelva a pasar algo... eeh yo tengo una nieta y siempre... "abuela ya te tomaste la pastilla? Tomate el medicamento"... y eso... con el temor que siempre me vuelva a repetir. [M45-I]</i></p>
	Mi familia me trata igual	<p><i>[...]pues mi familia y mis amigos me ven como antes, no es que hayan cambiado con respecto a ahora, se hayan a lo mejor sensibilizado más y hayan cambiado la forma en verme a</i></p>

- 190 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			mi.... [M22-I]
<b>Cambios familiares</b>	Alteración en vida familiar y amistadas		<p>[...]¿la relación con su mujer se ha visto alterada por toda esta situación?                      P: si un poquito si, un poquito si. . [H50-I]</p> <p>[...] Su situación familiar ha cambiado después de...                      P: Sii me divorcié y si... un cambio jejejeje grande... . [M47-H]</p> <p>[...]Su situación familiar ha cambiado después del ictus?                      P: Que te digo que sí, con mi pareja ha cambiado mucho, no sé si en si fueron los ictus, con respecto a todo, eso no sé, pero si con mi esposo, va de mal en peor estamos, lo que paso que no quiere que nos divorciemos, pero yo en este momento hace cuatro cinco días le dije no se lo pidas a Dios el jueves y el martes le planté el divorcio.[M41-I]</p>
		No cambio familiar	<p>E: ¿Su situación familiar ha cambiado?                      P: no. [M47-I]</p>
<b>Situación actual tras haber sufrido un ictus</b>	<b>Estado actual</b>	Me encuentro bien	[...] bien, yooo, me encuentro bien. . [M25-I]
		Pérdida de libertad	[...]enfermedad en si me cortó las alas. . [M25-I]
		He salido adelante lo mejor que he podido	[...] Yo bien. Yo, yo, yo, como nunca he tenido miedo a vivir, pues es lo que hay, no he pensado mucho más, he salido adelante, lo mejor que he podido. [M40-I]
		Me dedico a mi	[...] ahora me dedico un poco más a mi, por decirlo de alguna manera . [M40-I]
		Dificultad vida diaria	[...]¿Le cuesta mas que antes hacer su trabajo diario? No digo a nivel laboral sino a su vida diaria.

- 191 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

			<p><i>P: Si, muchísimo porque ya es un mosqueo constante de intentar hacer algo y no sacarlo... . [M47-H]</i></p> <p><i>[...] o sea, puedo hacer muchas cositas pero a bajo nivel. . [H50-I]</i></p>
	Fue un año duro		<p><i>[...]fue un año duro, pero lo llevé, lo llevé bien, y bueno. [M25-I]</i></p>
	Afortunada		<p><i>[...] ahora tengo unas condiciones que son diferentes de vida, pero soy afortunada. . [M40-I]</i></p>
	Preocupación		<p><i>[...]pues, mal, lo pasé mal, en el sentido en el que todavía no se sabe porqué me dio. . [M25-I]</i></p>
	No cambios en el día a día		<p><i>[...]¿Su día a día se altera en algo por el hecho de haber sufrido un ictus?</i></p> <p><i>P: No. [M47-H]</i></p>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

	Me siento más limitada	<p>[...]y con los ictus pues todavía tengo como mas... como se dice... no me sale la palabra ahora, me siento más... cuál es la palabra es que... bueno más limitada pues, esa no es la palabra pero por decir algo más limitada que antes.[M41-I]</p> <p>[...]con la cirugía ya me limité y con los ictus pues si antes tenía miedos o secuelas de sentirme rara, de salir a la calle, pues con los ictus ha sido que en vez de mejorar ha empeorado, porque con los ictus me molesta mucho la luz, el sol, el apoyo, yo voy a un sitio, no voy a una reunión familiar, ni a una fiesta de desconocidos, a una discoteca no voy, si os reunís en un centro comercial yo no hago hasta mil o dos mil euros contigo yo no quiero ir, así me digan que obligarme, no me interesa ir, porque meterla en la reunión, voy a llegar estresada.[M41-I]</p> <p>[...]Cree que estaría en la misma situación a día de hoy si no hubiese sufrido los ictus?  <b>P:</b> No se te decir, yo ya... lo que te decía con la cirugía de corazón ya me limité y con los ictus fue un poco más, me siento más limitada y cuando me dijeron que tenía epilepsia.[M41-I]</p>
--	------------------------	---

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

	Mi vida ha dado un giro	<i>[...]pues la vida mía ha dado un giro hacia atrás de cierta manera.. [M41-I]</i>
	Soy dependiente de otras personas	<i>[...]ha dado un giro hacia atrás, porque antes de que sea una mujer dependiente, independiente ahora soy una mujer dependiente de otras personas.[M41-I]</i>
	Me siento regular	<i>[...]en caso con los ictus y mi salud, pues yo digo que regular porque bien no me siento, mal tampoco, pero si tengo que escoger entre bueno y malo, bueno, malo, bueno, regular, malo, pues yo diría que regular, ahí no te puedo decir.[M41-I]</i>
	Desmoralizada	<i>[...]y yo lo que eso mucho pues creo que eso me desmoraliza, me desmoraliza a mí.[M41-I]</i>
<b>Cambio de planes</b>	Pérdida de planes futuros	<i>[...]Pero en ese momento, era como “yo me quiero ir”, pero también sabía que “no te puedes ir” (enfatisa), porque tienes un montón de cosas detrás tuya, médicos, revisiones, todo eso. . [M25-I]</i>
	Cambio de vida	<i>[...] pues se que voy a trabajar mucho de noche, pues me levanto a las 11, 12 de la mañana, como en casa, después salgo a las 5 y se que voy a llegar a las 12. [M40-I]</i>  <i>[...] puff todo. He tenido que reestructurar todo. [H50-I]</i>  <i>[...] ahora mismo mi vida es eeee esperar esperar esperar ha cambiado todo 100% ha girado 100%. [H50-I]</i>  <i>[...] a nivel todo todo, a nivel hobbies a nivel todo. [H50-I]</i>  <i>[...] mis aficiones, mis hobbies son muchos, muchos de ellos los</i>

- 194 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<p>he tenido que cortar o limitar. . [H50-I]</p> <p>[...]hombre yo diría que todo, la forma de vivir de ver la cosas dee, cambio todo, cambio tanto mi vida como lo que quiero hacer con ella más adelante yy...</p> <p>[...] Si, mucho. Quisiera volver pa atrás pero no sirve. . [M47-H]</p> <p>[...]Bueno, que no tengo la mismaaaa eeeh no estoy tan dinámica como antes, ya noooooo quiero hacer ejercicio... eeeeh estoy pendiente y ay no a ver si me vengo temprano pa descansar..... todo es descansar....descansa y llego....pero es que mi vida no se puede resumir a un puro descanso porqueeee tengo que estar mas activa y por mas que trato... y ...me involucro en ver que otra cosa puedo hacer.. quiero siempre estar descansando. [M45-I]</p>
	Cambio de hábitos	<p>[...] Soy muy estricta con las comidas porque tengo que tomar una pastilla, adiro, y soy muy estricta con esto. He adelgazado unos 10 kg más o menos, pero haciendo mucho deporte y comiendo bien. [M40-I]</p> <p>[...]yo me encuentro bien... bueno también he quitado mucho vicio que tenia antes que por una parte me ha hecho bien tenerlo..[H44-I]</p>
<b>Futuro</b>	Soledad	<p>[...] Pueeh, ... en sillita o que alguien me esté atendiendo... porque mientras yo pueda bien... pero ya no se... no se... yo</p>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<i>pienso que me vería como ahora... soledad. . [M47-H]</i>
	Desea mejorar en le futuro		<i>[...] hombre si sigo asiiii espero esperoooo vermeeee solucionar mi situación eeeemmm laboral y ganar en mi calidad de vida personal. . [H50-I]</i>
	Futuro: bien		<i>[...] pues yo creo que como estoy hoy, bien, o sea me veo bien. [M40-I]</i>
	Pérdida de planes a futuro		<i>[...] Sí, a no poder.. a no poder... porque trabajar de lo que yo trabajaba nadien te va a admitir porque una tiene que tener cabeza tiene que tener .... [M47-H]</i>
	No quiero pensar en el futuro		<i>[...]Cómo se ve en un futuro? P: No me lo planteo, no lo pienso, no lo quiero pensar, prefiero no pensarlo.[M41-I]</i>
	Me veo sin futuro		<i>[...]¿Como se ve usted en un futuro? P: no lo se.. jejeje ni le se contestar... porque me veo casi sin futuro.[H44-I]</i>
	<b>Algo Positivo</b>	Positivo: la familia	<i>[...] Hombre, positivo es que lo que yo creía de mi familia era verdad. [M40-I]</i>
		Algo positivo, a nivel mental	<i>[...] eeeeeee hombre pues por decirlo de otra forma a nivel mental si, a nivel mental me he tomado la vida más pausada porque yo sabia que el tren de vida este que yo tenia no era bueno entonces ahora mismo la vida nueva es de distinta forma, más pausada. . [H50-I]</i>
		Positividad frente al cambio	<i>[...]que es verdad que flaqueas y ya está, peor días mejor, pero yo lo afronté con mucha positividad y de de no quiero estar peor, quiero estar mejor y entonces fue así, nunca mal siempre a mejor.</i>
		Segunda oportunidad	<i>[...]Jeres mas consciente de que has tenido una segunda oportunidad para vivir. [M22-I]</i>

- 196 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			[...] hay que valorar la vida es una segunda oportunidad que se me ha dado y ya después de eso todo es positivo
		Positivo: Personas que te apoyan	[...]Pues valorar los, por ejemplo a nivel sentimental los que de verdad te poyan y te ayudan a llevar este tipo de de de accidentes, pues valoras las personas que están a tu lado, lo. [M22-I]
		Positivo: aprender a valorar la vida	[...] eeeeeemmm hombre hay cosas positivas, eeeeeee aprendes a valorar la vida un poco más, porque una vez que te ves hecho una piltrafa, en una cama que ha estado ahí... Para. [H50-I]
		Positivo: cambio de actitud	[...]jeeee en cierto modo como algo positivo si, eso aunque a veces note como un poquito dispersa así, yo lo veo como algo positivo, nooo ósea no me influye el estar un poco más despistada, ss no. . [M47-I]
		Nada positivo	[...]Que va a haber de positivo, bastante como me siento, como te lo digo ahora como me siento también me siento el deseo porque es que podría estar peor, bien las comparaciones son feas, pero algo que yo. .[M41-I]
		Positivo: abandono de vicios	[...]¿Cree que usted estaría en la misma situación a día de hoy si no hubiese sufrido el ictus? P: no yo creo que me ha hecho mas bien que mal... porque he cambiado en varias cosas... lo primero que vichio de fumar.. [H44-I]
	<b>Cambio de actitud</b>	Mentalizado	[...] se que es una cosa que me ha tocado yyyyy me estoy mentalizando mmmm me estoy mentalizando de hecho me he mentalizado ya. [H50-I]

- 197 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO  
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 18/05/2021 14:06:11

LILISBETH I. PERESTELO PEREZ  
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

19/05/2021 07:58:47

María de las Maravillas Aguiar Aguiar  
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<p>Cambio de forma de pensar</p>	<p>[...]con ello con la forma de pensar y el momento que estaba pasando cambio todo. . [M22-I]</p> <p>[...]jeeee no, todo es igual, lo único es que es eso , lo que ha cambiado es la mentalidad, el punto de vista, la enfermedad, pero de resto en casa esta todo igual, . [M22-I]</p> <p>[...]pero he modificado también mi forma de pensar... con mi familia con mi mujer la cosa se... porque me da tanta tanto animo... ha estado cerca de mí.... recuperar un lado de la relación. .[H44-I]</p>
		<p>Afrontar el cambio</p>	<p>[...]pues la verdad que el tema deee el cambio en mi vida después de lo que me ha pasado, pues lo afronté bien, lo afronté de una forma muy positiva e intentando adaptarme y siendo consciente de que ahí se produjo un cambio entonces es verdad que hay momentos en los. [M22-I]</p>
		<p>Cambio de prioridades</p>	<p>[...]no, porque valoraba otras cosas, tenía otro tipo de ambiciones, otro tipo de pensamiento maaas, un poco maaas, de la edad, y ahora es totalmente diferente. [M22-I]</p> <p>[...]Ahora la diferencia es que prefiero ganas menos, pero ganas más en salud a lo mejor, porque los estudios está muy bien, hay que estudiar y hay que tener un buen futuro para tener una buena vida, pero mmm. [M22-I]</p> <p>[...]¿Cree que usted estaría en la misma situación a día de hoy que si no le hubiese pasado?</p>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<p>P: ..... Mmm creo que estaría todavía mas estresada, lo único... pero... estaría.... ¿quizás no me hubiera separado? Si, si me hubiera separado... no se de... llegas a un punto quee dice a ver... que me interesa y que no me interesa.. por eso también me divorcié.. no tengo la necesidad de.... si no hubiera sufrido el ictus... no, creo que me hubiera separado de todas formas... . [M47-H]</p>
		Cambio de percepciones	<p>[...]pues en general lo que mas ha cambiado es la forma de ver las cosas, . [M22-I]</p> <p>[...] Lo que ha cambiado es la forma de ver la vida y de valorar mas lo importante y no lo material. . [M22-I]</p>
<b>Secuelas y relación con situación actual</b>	<b>Secuelas no motoras</b>	Cambio en el carácter	<p>[...] si soy mucho mas paciente.                  E: ¿A mejor o a peor?                  P: A mejor. [M22-I]</p> <p>[...]Pues por lo que dicen ellos soy muy... muy rebelde ahora. Muy rebelde. [M47-H]</p> <p>[...] pfff que te digo? Por el hecho de haber sufrido un ictus no. .... o si... no se... es que claro tengo mas miedoooo a todo... tengo miedo a que me repita.. tengo miedo y nose... a veces si me dice mi hija te ha cambiado el carácter.. y a veces estoy mas enfadada a lo mejor es por eso... y eso yo lo achaco a todo.... también a la separación... ha sido una época la verdad un poco difícil . . [M47-H]</p> <p>[...] ¿Su carácter se ha modificado?                  P: Si, eso que me noto más tranquila más de mejor humor a</p>

- 199 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<p>la hora de estar con otras personas, no estoyyyy alterada. En eso sí. [M47-I]</p> <p>[...]y es que yo siempre he tenido, yo siempre he sido una persona muy paciente pero ahora por cualquier tontería... eh me enfado muchísimo y digo pero es que vamos a ver, es una... y es que es incontrolable osea no... no es algo que yo pueda manejar o que yo pueda decir a u puedo determinar es por una tontería o no.... sino que después al ca pasao, me doy cuenta que... queee... me enojo con mucha facilidad y me irrito... y... me altero muy rápido... . [M45-I]</p>
	Irritabilidad	<p>[...]yo lo único que quería era el alta ya y volver a la vida normal, pero claro, ahora miro par atrás y me molestaba hasta que me llegase la luz, cómo iba a estar bien? . [M25-I]</p> <p>[...] es queeee me irrito con mucha facilidad... . [M45-I]</p> <p>[...]por lo menos la irritación de enfaadarme y eso se lo achaco yo al ictus porque yo jamas era así... yo no me enfadaba así por todo y... a veces... digo de verdad.... estoy súper cascarrabias y yo no entiendo... tch, claro . Después otra persona me dijo claro después de lo del ictus siempre se altera algo, entonces yo... yo digo que.... debe ser eso. De pronto hubiese podido manejarlo mejor no se... . [M45-I]</p>
	Secuela física	<p>[...] tengo una parte de la lengua que está dormida, que no se ha</p>

- 200 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<p>despertado. [M40-I]</p> <p>[...] Para mi lo peor es la lengua. [M40-I]</p>
		Cansancio	<p>[...]Yoooo .... mmmm todavia no he tomado la decisión pero pienso que si sigo así de cansada tengo que cerrar [...].... porque no puedo.... esteeee.... seguir tratanto tratando y es que se que no... siento que no doy pa mas... para rendir antes como rendía antes, antes del ictus. [M45-I]</p> <p>[...] Y cansada, sobre todo cansada. . [M40-I]</p> <p>[...] Si porque te digo que yo no me noto que si me levanto a las 9 y estoy hasta las 12, a las 8 de la tarde, la lengua ya no la controlo tanto, por este cansancio. . [M40-I]</p> <p>[...]más cansada de lo normal, . [M25-I]</p> <p>[...]pueees, la mala gana de que tu cuerpo te dice en todo momento que estés recostado, es como estás cansado, te pesa todo, te sientes hastaaa fatigado, pero en el momento que te acuestas estas mejor. . [M22-I]</p> <p>[...]¿Se cansa físicamente?                  P: físicamente... y mas mentalmente.. tenia costumbre de leer un libro cada noche.... a veces me lo comia en 2 3 días... 3000-400 pagina y ahora ya. Con 12 paginas..... dolor d cabeza.. me canso mentalmente también.... me cuesta mucho... eso si eso si.[H44-I]</p>
		No cambios	[...] Yo creo que no, no, como

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

	en el carácter	<i>siempre digo, a veces tengo mala leche y a veces no. ¿sabes? . [M40-I]</i>
	Problemas para gritar	<i>[...] grito menos, porque yo creo que con el ictus perdí la capacidad de gritar, me cuesta gritar. [M40-I]</i>
	No cansancio	<i>¿Cansancio se nota? P: eeeee no cansancio no. [H50-I]</i>
	Desorientada	<i>[...] no me ubico a volver a entrar a la casa.. . [M47-H]</i>  <i>[...] Bueno que yo ya entro a un sitio y yo ya no asimilo en que esquina estoy dede dee sala.... . [M47-H]</i>
	Cefalea	<i>[...] los dolores de cabeza no se me van a quitar... así que.. bien, vamos a decir bien. [M47-H]</i>
	Sobrepeso	<i>[...] Claro todo junto... y cuandoooo , claro, la medicación que me dieron que era cortisona me infló, me inflo....parecía un globito y no.. yo no volví a ser la que era... jejee.. me dijeron noo... a los dos años... pero ya hace tres y nada... aquí sigo gordita jejejejejee. [M47-H]</i>
	Secuelas internas	<i>[...]Ja lo mejor las secuelas no son taaaan palpables que quee tosia y que no podía hablar pero están internas. Y al estar internas noooo.... nadien puede saberlo osea, ni usted ni yo... yo lo he ido descubriendo es pues poco a poco. [M45-I]</i>
	Secuela: epilepsia	<i>[...]Vale, pero usted después del ictus ¿no se quedó con problemas para mover las piernas, los brazos? P: No, no, lo que te decía antes tengo... E: La epilepsia solo.[M41-I]</i>
	Secuela: mareo	<i>[...]Eehem sí, mucho mareo veo todo que seee... sabe? Porque a</i>

- 202 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<p>veces veo todo que se.... respecto a mi mujer o algo... no me pasa siempre pero... me pasa....                  lo único que puedo decirle queee sigue del ictus...[H44-I]</p>
	Secuela: vista y paresia	<p>[...]síntoma la vista.... la vista no la tengo bien como antes, no puedo leer bien, tengo que poner gafa al medico un par de veces de ir al oculista... pero eso si...----                  - la fuerza....                  un poco la fuerza coger cosas.. no las tengo como antes. .[H44-I]</p>
	<b>Secuelas en el lenguaje</b>	<p>Problema en el lenguaje</p> <p>[...]A lo mejor ahora me afecta menos porque estoy más ocupada, pero cuando a lo mejor, mmm me rallo por alguna palabra, estoy todo el rato pensando "ajj, pero porque no me salió", a lo mejor, estoy buscando un sinónimo, te lo digo, pero estoy todavía hablando contigo y pensando, "uff, ¿cual era esa palabra, cual era esa palabra..? . [M25-I]</p> <p>[...]las palabras que utilizaba no eran las más adecuadas, . [M25-I]</p> <p>[...] Entonces algunos médico dicen que se está como almacenando en diferentes sitios, entonces fui lo suficientemente inteligente para rescatarlo, entonces cuando empecé a hablar solo podía en inglés, de hecho digo que mi marido que está mucho tiempo fuera, siempre digo que no ha sufrido mi enfermedad, porque sigo hablando mejor inglés que español, a día de hoy. [M40-I]</p> <p>[...]y queeeee a la hora de tener conversaciones laaargas, eeeh, no meee puedo expresar como</p>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<i>antes, con la misma facilidad.... . [M45-I]</i>
	Síndrome del acento extranjero		<i>[...] y tengo el síndrome de la extranjera [M40-I]</i>  <i>[...] No, yo hablaba canario, te pongo un audio y flipas, yo hablo así no se porqué. [M40-I]</i>
	Problema lenguaje escrito		<i>[...] Lo que más me ha costado es el tema que te comentaba anteriormente de escribir, . [M40-I]</i>  <i>[...] "claro es que Sandra está escribiendo con la gramática del inglés pero en español, porque escribe como un indio, igual". . [M40-I]</i>
	No problema en el lenguaje		<i>[...] No, como ves, pa hablar si me salen culebras me salen bichos me salen de todo... . [M47-H]</i>
	<b>Secuelas motoras</b>	Daño en el lado sano	<i>[...] yo estaba caminando hacia 5 km todos los días en llano, entonces cuando empieza frio cojeo mucho, a los 20 minutos cuando estoy caminando, llega un momento que incluso se me quita hasta el cojeo y cuando el musculo se optimiza y el musculo se calienta llega un momentito que lo que vaaa va bien pero eso dura es efimero, porque me dura 10 minutos más, a los 10 minutos. [H50-I]</i>
		Secuelas motoras	<i>[...] otras secuelas... eeee la mano pero la mano en comparación con la pierna esta muy bien eeeee tengo entumecimiento, un poquito pesadez pero esta a un 80%. La pierna no llega ni a un 55 la pierna esta al 50-55% con respecto a la derecha, a como estaba antes del ictus, entonces no llega a la mitad. el brazo esta a un 80%, lo que me</i>

- 204 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<p>falta del brazo... pues bueno. [H50-I]</p> <p>[...]Pues el pie si lo puedo mover, si que es verdad que no ssse coordina toda la pierna, y que puedo moverlo por separado, pero me cuesta mucho coordinar entonces. . [M22-I]</p>
	No secuelas físicas	<p>[...] eeem no tuveee.. practic....hombre me costaba un poquito escribir... perooooo... vamos... físicas.. físicas ninguna gracias a dios ninguna...ninguna.... . [M47-H]</p>
<b>Miedos</b>	Miedo a la recurrencia	<p>[...]Espero que sea así mucho mejor, no quiero no quiero porque no quiero, no porque afortunadamente yo se que los ictus que me dieron me dejaron pequeñas cositas pero no sé si me volverá a repetir va a ser así o va a ser peor, no quiero pasar otra vez por lo mismo, no.[M41-I]</p> <p>[...] me gustaría que esto no subiera para yo poder rehacer mi vida con esta condición. . [H50-I]</p> <p>[...]Yo creo que ha sido en consecuencia de ese miedo de que vuelva a suceder. . [M22-I]</p> <p>[...]¿En general...?.... pfff.. que te digo... mmmm con miedo a que me repita... tengo miedo a que me repita... que me dicen que no... pero siempre tienes... es que me va a volver a dar y se ven tantos casos de gente que les han dado ictus y les vuelven a dar o que le da una enfermedad y le vuelve a repetir.. y aneurisma... y le vuelve a repetir... y a lo mejor me vuelve a dar... ese es el</p>

- 205 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<i>miedo ahora mismo que yo tengo. ¿Sabes? Intento no pensarlo... pero... . [M47-H]</i>
	No catastrófico		<i>[...]No vives esta secuela como algo catastrófico en tu día a día. P: no, no. . [M25-I]</i>
	Miedo a salir sola		<i>[...]Dependiente me cuesta mucho generalmente no salgo, sino es con alguien y cuando salgo solo es porque tengo con alguien, tengo rabia, yo ese momento lo hago pero llego a la casa y estoy mal y si me toca salir a mi sola tengo miedo, o siento... no sé qué es lo que siento, pero me siento... con temor, con miedo no sé a qué, pero es una sensación extraña no como anterioridad, .[M41-I]</i>
	Miedo constante		<i>[...]Pues yo lo veo con un miedo constante, .[M41-I]</i>
<b>Percepción de las secuelas</b>	Dificultad en el día a día		<i>[...] Porque a veces ni me desayuno, se me olvida o cuando tengo hambre pico algo porque no se si me he desayunado o no... y tomarme los medicamentos, y ya eso si ... barrer un poco... te pones a intentar barrer un poco te da rabia porque cuando barres te queda basura atrás o te saltas un trozo sin barrer o yo que se... o cuando estas intentando hacer algo de comer.. pues.. con la vista como tengo el angulo ese de visión malo pues o terminas de comer, o el plato te queda lleno de comida y ese es mi día a día... . [M47-H]</i>
	Esperanza de mejoría		<i>[...]Si soy negativa, yo los veo de la misma manera, pero hombre, me paro a pensar que a lo mejor, o que yo espero que se mejoren. [M25-I]</i>
	Recuperación buena por buena		<i>[...] Además también lo hago por salud también, quiero decir, sabes, porque mi recuperación</i>

- 206 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		situación económica	<i>(primero dice recuperación) ha sido buena porque económicamente estaba bien también, . [M40-I]</i>
		Buena recuperación	<i>[...] He tenido una recuperación buena porque, ehh, todos los doctores nos lo decían, la logopeda, todo el mundo lo decía, porque es increíble que a la semana ya decía vocales. . [M40-I]</i>
		Esfuerzo	<i>[...] Me he esforzado muchísimo, . [M40-I]</i>
		Resiliencia	<i>[...] Resiliencia, Es la capacidad de sreportete a lo que te ha pasado, eso se llama Re-Silencia. Es una palabra muy bonita, búscala. [M40-I]</i>
		Éxito	<i>[...] éxito lo encuentras cuando eres capaz de olvidarte del fracaso que has hecho. . [M40-I]</i>
		No desaproveches el tiempo	<i>[...] son tres meses que el cuerpo recupera en tres meses, no te duermas, lo que hagas en tres meses...". [M40-I]</i>
		Hay que trabajar	<i>[...] Si, que no te duermas, que hay que trabajar. . [[M40-I]</i>
		Adaptación	<i>[...]pero intentas adaptarte pero nada muy allá, . [M22-I]</i>
		Pérdida de independencia	<i>[...] no lo tengo asimilado todavía... no porque yo era súper activa.. yoooo me movía sola yo no iba al medico yo era todo y ahora es que tengo que depender de gente... de los que están a mi alrededor tengo que depender de ellos y me da una rabieta que no veas... de intentar no molestarlos .porque no quiero molestar a nadie sin hacerlo por mi cuenta y esos son mis altos y mis bajos . . [M47-H]</i>
		No existen los espejos	<i>[...] Porque es que.. no se si,... hay espejo o no hay espejo... porque yo paso por los espejos de mi casa y no se si tengo espejo si me preguntan te digo</i>

- 207 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<p><i>pst"! Pue no se son se porque no se que me ha pasado que desde que salí de la clínica pa mi no existen los espejos... . [M47-H]</i></p> <p><i>[...] Es que ya me daría ya hasta lastima ¿oíste?. Pues de verme así pue imagínate. . [M47-H]</i></p>
	Discapacidad	<p><i>[...] Claro, al final es una, es una discapacidad, quiero decir, asumes que no es como si te rompes un brazo, no es lo mismo, asumes que, que no, que digo, según pasa la tarde es más difícil hablar, es como que me canso. . [M40-I]</i></p>
<b>Problemas de Sueño</b>	No problema de sueño	<p><i>[...] No, dormir duermo bien. [M40-I]</i></p>
	Insomnio	<p><i>[...] si un poquito, sigo teniendo... por el tema laboral, tengo mucha ansiedad tengo insomnio. [H50-I]</i></p> <p><i>[...] al principio fatal.. .fatal porque no podía dormir, eran pesadillas, me veía mucho los compañeros de quirófano, personas fallecidas... ehm se me hace un potaje ahí que en mi cabeza ya no... pero ya. [M47-H]</i></p> <p><i>[...]¿después del ictus su sueño ha cambiado?                  P: después del ictus. Dicimo que duermo.... . hace un año que duermo bien antes no... no dormía, no dormía la noche despues del ictus.. he despertado con conitnuacion dormía pocas horas y ahora.... menos de un año ya y ahora digo estoy durmiendo mejor... me repierto alrededor de.... el dolor que tengo en la columna.. .[H44-I]</i></p>
	Pesadillas	<p><i>E: ¿su sueño ha cambiado después del ictus?</i></p>

- 208 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<i>P: mm tengo como más pesadillas, pero si como sueños muy raros y unas mezclas extrañas. Nada más. [M47-I]</i>
<b>Calidad de vida</b>	Merma en calidad de vida		<i>[...] en su calidad de vida ¿como interfieren estas secuelas? Ese problema en el brazo y en la pierna. Si interfiere en algo. P: si, si interfiere bastante. . [H50-I]</i>  <i>[...] Mucho pienso, pienso no, que es que si... si porque... yo que se... mirar pal espejo ya tela. Maquillarme pa que contarte. . [M47-H]</i>  <i>[...]¿En su calidad de vida nota que esta peor por esta secuela? ¿Nota algún cambio? P: claro que sisi.. si no veo tan bien como antes... sisi en ese sentido....tengo que decir que si.. .[H44-I]</i>  <i>[...]son las limitaciones físicas lo que me han hecho cambiar el día a día, del antes al después. . [M22-I]</i>
	Secuela de por vida		<i>[...] La asumo soy realista, se que me va a acompañar de por vida. [H50-I]</i>
	Calidad de vida dependiente de la situación laboral		<i>[...] Ahora mismo lo es todo, ahora mismo estoy de brazos cruzados, ahora mismo dependo de que se soluciones porque no puedo hacer... desempeñar mi trabajo no puedo por la limitación que tengo pero si puedo hacer otros trabajos. . [H50-I]</i>
	<b>Ansiedad/depresión</b>	Ansiedad	
Tratamiento farmacológico			<i>[...] eeee si he tomado alguna... desgraciadamente 4</i>

- 209 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguilár UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		o depresión	tratamientos para la depresión y ansiedad. [H50-I]  [...]un poco me ha afectado la ansiedad que me que me ha dado después de lo que me ha pasado, por lo general bien. . [M22-I]
		Frustración	[...]Si un poco la frustración pero es momentano, muy puntual. [M25-I]
		Infravalorada	[...] Sí....yo pienso que si porque ya no sentirme como antes, ya también me valoro menos. . [M47-H]  [...] no quiero salir porque como digo yo sería un estorbo. [M47-H]
		Depresión	[...] hubiese bajado en depresión que no veas, que la tengo ¿no? Ya gracias a dios ya estoy solo con psicólogo pero....pero si... . [M47-H]
		Ayuda psicológica	[...] Eeeeeh a mi la única que... ella ya que me ayuda aa... controlarme aa... mis malos humores, mis enfados de deeeee de no poder, es la psicóloga. Sabes? . [M47-H]
<b>Papel del dolor</b>	<b>Dolor</b>	No dolor	[...]No tiene porque ¿no? A ti te puede doler un, no se, el estómago y no ser un ictus, . [M25-I]
		Dolor crónico	¿Qué papel le otorgo? Es complejo porque es un dolor crónico, es un dolor que lo tengo las 24 horas del día es unnn calambre, pesadez, acolchamiento, entumecimiento.... [H50-I]
		Dolor altera calidad de vida	[...] En todo, ya no solo es a efectos de si voy a la playa, a efectos de si voy a nadar... si si cojo el coche... si si ahora cuando me levante de la silla me levanto

- 210 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguilár UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<p>cojo perdido cuando estoy sentado, cuando cambio de posición... cuando estoy un rato sentado eeeeeee se entumece.</p>
		Dolor	<p>[...] dolores, malestar en todo el cuerpo de estar tanto tiempo acostada...y... y esos... . [M47-H]</p>
<b>Papel de la alteración cognitiva</b>	<b>Memoria</b>	Problemas de memoria	<p>[...]“olvidaban muchas cosas” . [M25-I]</p> <p>[...]porqué no me habré acordado? ¿o porque no habré hecho esto? Si lo tenía en la cabeza. A lo mejor, irme a mi casa, y cuando llego a mi casa, acordarme “pero que tenía que haber cogido esto y esto”, acordarme cuando ya estoy en otro lado, pero bueno. . [M25-I]</p> <p>[...] automáticamente ya cuando cuando me llaman pa una consulta medica pues me no tengo donde apuntarlo pues.. mi capacidad nooooo, no almacena, mi cerebro no almacena sabes por ejemplo me llama me dicen ahora mismo me dice pues tiene cita mañana, o pasado mañana pero ya no ya llega el ratito y me preguntas cuando tienes cita y ya no te puedo contestar porque no.. se me queda la mente en blanco y no... no...no se. . [M47-H]</p> <p>[...] Mi cabeza eso, la capacidad de nooo de no acordarme por donde vine de olvidarse me las cosas cuando yo estoy hablando con... . [M47-H]</p> <p>[...]siii yo no tengo la misma memoria de antes. Vamos yo me acuerdo que antes todos los números me los sabía y ahora yooo no... de hecho a veces</p>

- 211 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<p>tengo una cita y estoy pendiente y después se me olvida por completo la memoria nunca queda igual. [M45-I]</p> <p>[...]Cuando hablo tres cuatro cositas pequeñas las retengo todas, pero cuando son muchas cosas no lo retengo.[M41-I]</p>
	Memoria recuperada	[...]ahora mismo no tengo casi ninguna laguna, casi. . [M25-I]
	No pérdida de memoria	[...] Pienso que gracias a Dios, puedo decir que mi memoria era muy buena y creo que lo sigue siendo, creo. . [H50-I]
	Pérdida de capacidad de estudio	[...]Vale, si hoy continuases la carrera por que te la ponen en la puerta de tu casa, ¿podrías terminarla? ¿Podrías hacerla? ¿Crees que tendrías capacidad para hacerlo como antes? P: Pues la verdad es que no lo se, se que me costaría un montón. [M22-I]
<b>Atención</b>	Inatención	<p>[...]Lo que yo si he notado, es que le tengo que prestar más atención. [M25-I]</p> <p>[...]Yo pienso que la memoria, el lenguaje y la atención, creo que son los tres puntos ahí que me... [M25-I]</p> <p>[...]Pues la verdad que si, bastante, sobre todo a nivel de comprensión, de concentración, de todo, la verdad es que yo, no se si me afectó tanto como para, como para sentirme influenciada por el ictus en los estudios... . [M22-I]</p> <p>[...] hablando con el medico o eso pues me pregunta y ya me bloqueo y ahí la mente se queda en blanco y es que rebobina pa atrás porque algo</p>

- 212 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<p>te esta preguntado sabes como que la mente no.... [M47-H]</p> <p>[...] eem intento... intento porqueee soy muy pesada en el sentido del gas, o... mmm ya de dejar algún sartén o caldero al fuego no, porque ya cuando veo el humo es cuando digo, pues me habré dejado algo al fuego, pero del gas si me.... voy varias veces si esta cerrado bien si lo cerré o no... ¿sabes? como que estoy preocupada y voy varias veces.... [M47-H]</p> <p>[...]después de los ictus tengo eso, me pierdo por instantes y me cuesta volver a....[M41-I]</p> <p>[...]me olvido.... si estoy haciendo una cosa y me llaman para hacer otra.o participar.... al día siguiente... la veo.... me olvido totalmente pero no es que pierda la memoria... si la veo después me acuerdo... pero... haciendo otra cosa me la quito con otra cosa. .[H44-I]</p>
	No inatención ni pérdida de memoria	<p>¿síntomas como pérdida de concentración y demás después del ictus?                  P: no he detectado. [H50-I]</p>
	Pérdida de capacidad de comprensión	<p>[...]queee como retome los estudios en un momento dado hace no mucho, noté que a la hora de intentar memorizar o entender, la capacidad de de comprensión me costaba un montón, retener información. [M22-I]</p>
<b>Función ejecutiva</b>	Fallo disejecutivo	<p>[...] La verdad queeee a mi me ha cayó fatal que quieres que te diga? A mi el estar a lo mejor eeeeeh que me llamen y yoooooo pierda una cita o cualquier cosa porque no se en</p>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<p>que día vivo, no se en que,.. por que yo pa cuando me levanto por la mañana lo primero que hago pa saber el día de la semana pues tacho, tacho en el almanaque el día y ya ahí ya te digo... mal. Mal mal porque eso es no tener capacidad para pensar, y actuar y .... lo que hacia antes... llegar por mañana me toca medico pues, mañana me tengo q levantar temprano to... pero... [M47-H]</p>
		Alteración disejcutiva. Problema de rendimiento	<p>[...]Un poco... un poco porquee como le digo que no.. no me siento a veces que no rindo aunque mi hija me dice mama tu haces muchas cosas tu te acuerdas de muchas cosas... pero para como yooooo era que tenia todo súper bajo control... siento a veces que hay cosas que me salen que se me salen de control, no no tengola misma capacidad de antes. . [M45-I]</p>
<b>Percepción de la atención recibida</b>	<b>Atención durante el ingreso</b>	Agradecida por el proceso	[...]agradecida por todo, . [M25-I]
		Estupenda valoración de recursos iniciales	[...]respecto a los recursos humanos y materiales pues bien súper bien no, yo la valoro estupenda.
		Buen trato en la hospitalización	[...]la hospitalización fue muy buena, . [M25-I]  [...] Pero la atención, lo que es, yo entré, sabes, enseguida, súper cariñosos, Sandra por favor.... [[M40-I]  [...] Y bueno el trato que recibí en la 6ª planta fue muy bueno por parte de las enfermeras y todo bien. . [H50-I]  [...]perfecta atención, no tengo

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<p>nada que decir, del proceso la verdad es que tuve la mejor. . [M22-I]</p> <p>[...] La hospitalización fue... mmm.. yo se lo digo a todo el mundo cuando se quejan de la seguridad social y demás digo ¿yo?... la experiencia que yo he tenido fue, maravillosa, fue buena ¿entiendes? Fue buena... me atendieron del 10 tanto la UVI como en planta... me atendieron muy muy muy bien... . [M47-H]</p>
	El código ictus funcionó	código ictus conmigo funcionó, como una maravilla. [M40-I]
	Espera en los pasillos	[...] Solo tengo una queja, una, que es que un día después del ictus, me bajaron a hacer una prueba, me tuvieron en un pasillo más de una hora y media esperando cuando estás totalmente desubicado, que no puedes hablar. [M40-I]
	Trato durante las pruebas	[...] mira una estudiante (no lo dice correctamente) que hace también ecografía, y estuvieron conmigo una hora y media la chiquita de prácticas, que entiendo que hay que hacer prácticas, pero uno tiene que saber con quién, tu no puedes tener una persona "mira mira, aquí, ay que me rio", . [M40-I]
	Mala atención a las familias	[...] creo que no son muy buenos con la familia. [M40-I]
	Mal carácter de enfermería	[...] entonces pasó una enfermera y me vió, y tenía una.. no se si era una enfermera, o una doctora, una mala leche "te voy a dar como te vuelvas a levantar, que te acaba de dar un ictus no se cuanto!!" y yo claro, no podía hablar. [M40-I]

- 215 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

	Código ictus en mitad del pasillo	<i>Una pequeña aclaración que cuando entré en urgencias había bastante gente en los pasillos, me dejaron en toda la puerta, eso nunca lo olvidaré porque ahí todavía no había perdido eelll conocimiento todavía, de hecho fue cuando llegó mi mujer y metió un par de gritos. eeee estaba en mitad del pasillo en una camilla con un código ictus. [H50-I]</i>
	Buena atención de enfermería, fisio y rehabilitador	<i>Si por supuesto las enfermeras de la 6ª planta de neurología me trataron muy bien, laaaa... El médico rehabilitador ha sido muuuy profesional, la fisioterapeuta que me atendió Michelle ha sido muy profesional, hay gente muy profesional. [H50-I]</i>
	Importancia del código ictus	<i>[...] implantamiento del código ictus es algo espectacular. [H50-I]</i>
	Defraudada con los médicos	<i>[...] por ese lado me siento bastante defraudada por los médicos por eso... [M47-H]</i>
	Urgencias mala experiencia	<i>[...]Desde que llegué al centro hospitalario, en urgencias no tuve buena experiencia. [M47-I]</i>
<b>Atención posterior</b>	Necesidad de psicólogo	<i>[...]A mi madre le hubiese encantado que me hubieses puesto un psicólogo . [M25-I]</i>  <i>[...]Hombre a nivel psicológico la verdad es que afecta bastante, pero pero yo creo que como mm tampoco alargue mucho la baja sino que volví a mi rutina mm como que eso tambiéeeen beneficia, noooo no te sientes tan enferma, sino que ya vuelves a tu vida normal, pero si yo creo que a lo mejor fuera necesario. [M47-I]</i>
	Ayuda psicológica	<i>[...]pero a lo mejor me paro a pensar en otras persona que a lo</i>

- 216 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

	según secuelas	<i>mejor las secuelas son mayores y digo puff, pues si, a lo mejor, una persona queee, de la noche a la mañana se quedó sin mover un brazo, o una pierna, pues si lo necesitarían, un psicólogo con quien hablar. . [M25-I]</i>
	Tiempos de espera	<i>[...] Dicen que es muy difícil que no toque, pero me hizo gracia, "da igual, no te preocupes, para el 2019, pero da igual porque si hay algo no e puede hacer nada" . [M40-I]</i>  <i>[...]Pueees, mmm eeeee no muy seguido, antes si iba muy seguido pero ahora tengo las citas una vez al año para comprobar que esta todo bien. . [M22-I]</i>  <i>[...]Se supone que la cita debían haber sido cada seis meses, cada cinco meses, cada tres meses, al principio dependiendo de cómo me encontrara ¿no? Pues nunca han sido de tres meses, y si han sido a tres meses, han pasado a cinco meses, y si han sido seis mes han pasado a nueve meses, .[M41-I]</i>
	Lista de espera rehabilitación	<i>[...] hombre lo considero que igual hay mucha saturación pero mmm en estos casos no se debería estar tanto tiempo. [H50-I]</i>
	Buena atención extrahospitalaria	<i>[...]Pues fuera del hospital la verdad que bien, mmm bastante bien, no se no he tenido ningún problema a nivel medico ni nada, solo fue antes del ictus. . [M22-I]</i>  <i>[...]la verdad que todo lo que he necesitado se me ha otorgado. [M22-I]</i>
	Falla rehabilitación	<i>[...]como es dar darme mas rehabilitación, . [M22-I]</i>

- 217 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

	Más rehabilitación	[...]Pues yo creo que lo que me falta, es que a lo mejor me vuelvan a dar ootra, otro año de rehabilitación. . [M22-I]
	Fisio privado	[...]Si, he tenido queee buscar algo adicional, para. [M22-I]
	Duración de la rehabilitación	[...] Que eh malo, es muy malo de deeee llevar porque aparte de eso no tiene.. a las personas que le dan un ictus o un aneurisma no hay que es lo que yo siento impotencia que no hay cosas pa, paaa ayudarte porque si te dan un poco de rehabilitación cuando te ven bien ya te la quitan. . [M47-H]
	Terapia grupal pacientes	[...] No, era eso que por lo menos cuando las personas salgan de la clínica una motivación para ellos... hacer mas sabes porque cuando yo no podía mover el brazo ni la pierna ni nada pues la rehabilitación habían grupos y esos grupos se ¿sabes? compañeros nos ayudábamos cuando uno. [M47-H]
	Mala gestión de las citas Neurocirugía	[...] A mi me costó perder una consulta de Domínguez me costó lo mio pelear to los días, to los días tos los días para que me dieran otra cita con el y ya por poco.. al final ya es que estaba cansada, llame a mi hija que lo dejara hasta después que ya volví a llamar y ya cedieron a verme pero ya .... [M47-H]
	Año y medio la cita de control al alta	[...] Es que claro... la siguiente consulta a ver.... a mi me dieron de alta.... en abril, y tenían que verme al año, y creo que me vieron al año y medio después.... y eso que había puesto la reclamación... pero la última cita.. por ej el último reconocimiento que me hicieron que me hicieron una prueba en

- 218 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<p>un escáner y demás ... esa fue rápida... después al medico si también me vio... me vio relativamente rápido que fue al año y ya después... me dio la buena noticia que todo y bien y que pal 2020 en dos años... y yo ah pues esta fenomenal... lo que al principio si digo sabes contra, cuanto tiempo para verme por eso puse la reclamación.... . [M47-H]</p>
		Mala atención ambulatoria	<p>¿ [...]Aquí en el hospital del Sur?,  <b>P:</b> Si. Después de eso... pues yo no lo veo si me ponen a calificar entre un bueno malo regular, yo te diría que han sido malos, porque no no, no, yo no estoy contenta no estoy conforme. [M41-I]</p>
		Médicos siempre distintos	<p>[...]y cada que me ve un médico, un médico muy diferente, y uno me dice una cosa y otro me dice otra, uno me dice pues que así, y el otro me dice que es para acá, entonces cuando me pierdo un poquitico, ya perdida estoy y a veces me pierdo mas. [M41-I]</p>
		Preferencia siempre el mismo médico	<p>[...]me hubiera gustado tener medico siempre el mismo médico el mismo neurólogo, no cada tres meses, cada cinco, cada seis. [M41-I]</p>
<b>Percepción de la información</b>	<b>Sensación primera información</b>	No me pueden hospitalizar, tengo cosas que hacer	<p>[...]Ya una vez entré cuando me hospitalizaron, en mi cabeza solo decía "voy a empezar a trabajar, voy a empezar a trabajar, voy a empezar a trabajar, voy a empezar a trabajar, o sea, adiós. El trabajo y el trabajo de fin de máster, esas dos cosas era lo que tenía en mi cabeza. No me pueden hospitalizar, . [M25-I]</p>
		Desubicada	<p>[...]no, no, era como que no llegaba yo a situarme, ¿sabes?</p>

- 219 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<i>Era como que, si, y ¿ahora que?, ¿qué hacemos? ¿voy a estar de baja? ¿voy a seguir con la baja? ¿cuanto tiempo voy a estar con la baja? . [M25-I]</i>
	Prefería no creer que fuera real el diagnóstico		<i>[...]Yo todavía digo que te equivocaste, que no fue. (risas). . [M25-I]</i>
	Se me cayó el mundo		<i>[...] puff se me cayó el mundo. [H50-I]</i>
	Información en shock		<i>[...]pues yo creo que ni la vi, yo creo que en ese momento yo entre como en una especie de shock, que fueee es como ..... [M22-I]</i>
	Se sintió aliviada con el diagnóstico		<i>[...]Pues en cierto modo mm aliviada de queee es esto es eso lo que hay y ya esta nooo puede haber otro diagnostico que yo que se que empiezas a pensar que puede ser otra cosa yyy y que un poco de rabia porque dices, pero si no tengo ningún factor de riesgo digamos, porque me pasa esto a mí un poca si mmm contradictorio no? Porque . [M47-I]</i>
	Asustado al principio		<i>[...]bueno, cuando me ingresaron un poco me asuste porque me dejaron en una sala así en un pasillo y estuve toda la noche...la primera noche que estaba en hospital.... cualquier tipo de luz... el dolor de cabeza de la primera noche del ictus que era insoportable...y la luz me molestaba mucho... toda la noche pero esta luz no la apagaron... ni... ni ni... .[H44-I]</i>
	<b>Información general</b>	Desinformación	<i>[...] Si, quizás un poquito mas de información del médico que me ve todos los años jeejeje sabes porque claro... no se.. yo también nose... va rápido y te ven así en 5 minutos... . [M47-H]</i>

- 220 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<i>[...] Sí.... que me hubieran informado un poquito mas de exactamente que fue lo que me pasó .... si, que me hubieran, si,. dado un poquito mas de información.... . [M47-H]</i>
	Información cuando se esté estable		<i>hombre, en el momento en el que ha pasado el año, o a lo mejor yo me encuentre más estable, en todos los aspectos, laboral, psicológica, todo, esté ahí, . [M25-I]</i>  <i>[...]Pero en mi caso yo creo que la información con respecto a mí, mis familiares inmediato no evidentemente pero a mi pues lo normal para mi hubiera sido después de pasar el momento crítico de gravedad del asunto. [M22-I]</i>
	Problema con la información		<i>[...]quiero decir, que el problema de la falta de información es nuestro. Tus fuentes de información sobre el ictus son externas al ámbito sanitario. P: Si si si, totalmente. . [M25-I]</i>
	Mala calidad de la información		<i>[...] pero no sois buenos explicando. [M40-I]</i>
	No información por Neurología		<i>[...] hombre eso si, mi doctora de cabecera eso si, algo, mi doctora de cabecera . [H50-I]</i>  <i>[...] O sea que fue su medico de cabecera el que se sentó con usted y le explicó lo que había pasado mas o menos. P: si que a lo mejor podría repetirse si no me cuidaba... o cualquier coas ¿entiendes? . [M47-H]</i>
	Información médica en planta		<i>[...] hombre el neurólogo pues me informo en su momento, pero de eso hace tres años yyyy si en su momento algo supongo que me informó antes de darme el</i>

- 221 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<i>alta me informó de las secuela. . [H50-I]</i>
	Buena información médica		<i>[...] hablaron mucho con ellos, ellos tuvieron su otra parte de protagonismo en los problemas, y.. y se dio la información que se tenía que dar.. . [M22-I]</i>  <i>[...]Bien todas las pruebas que fueron haciendo, me explicaron lo que era todo... yooo estaba informada en todo momento. [M47-I]</i>
	El médico no me daba toda la información que quería		<i>[...] a lo mejor el médico en planta yo preguntaba y no me, no me daba toda la información que yo quería jejeje pero bueno ... a lo mejor pueh no me lo quería decir a mi sino a mi marido, a mi madre y tal... . [M47-H]</i>
	Dar la información desde el principio		<i>[...]: A lo mejor en la UVI ¿ no? porqueee... aunque también... pero... ya cuando estaba en planta por ejemplo si me hacia falta saber como un poco mas.. si porque se me hizo eterno .... estuve un mes ingresada.. y yaa por ultimo que ya estaba en planta que estuve otra semana en planta. [M47-H]</i>
	Dar la información tras una semana de los síntomas		<i>[...]Como... como una semanita que a uno le dio eso.. yo creo quee como, que ya unooooo esta como empezando tierra como quien dice.... queeeee... . [M45-I]</i>
	<b>Información burocracia</b>	Necesidad de información sobre proceso burocrático y tiempos posteriores	<i>[...]Que si me hubiese, me hubiese proporcionado alguna ayuda, que me dijeran pues... Aunque mi médico me lo dijo, mi médico de cabecera, mira, tienes que estar de baja tanto, incluso el médico de la mutua</i>

- 222 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<i>me lo dijo, tienes que estar de baja y no te voy a dar el alta, tienes que recuperar, tienes que volver a la normalidad. [M25-I]</i>
	Falta de información sobre burocracia al alta	<i>[...] Muchísimas cosas que he tenido que dar pasos mm de ciego, pasos que ignoraba, que desconocía, porque al no ser un mundo de uno, uno ignora los protocolos, los procedimientos, las normativas eee los tiempos... . [H50-I]</i>
<b>Información social</b>	No información social	<i>[...] cero información cero. O sea eeeee el derecho a la discapacidad, tiene un médico, . [H50-I]</i>  <i>[...] Información social cero. [H50-I]</i>  <i>[...]Pues tengo personas en la familia con nociones y con personas que tienen también discapacidad, que me han ayudado a orientarme un poco con mis supuestos derechos como persona con discapacidad. [M22-I]</i>  <i>[...] De cara a su situación social, laboral.. y demás alguien le informo de las prestaciones as las que usted tendría derecho? De su tiempo de baja.. de minusvalía.... ¿Alguien le ha informado a día de hoy? P : No, tch! no. [M47-H]</i>
	Necesidad de información social	<i>[...]Vale, ¿su situación a nivel social, laboral... alguien le explicó cuando se podría incorporar a trabajar o si tiene alguna ayuda por haber sufrido un ictus o algo? P: Mmm no. E: ¿Lo echa en falta eso? P: Si claro... porqueeeee al uno darse cuenta que ya no o es tan</i>

- 223 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

		<i>eficiente como antes... eso se echa en falta.... . [M45-I]</i>
	Información social por MAP	<i>[...]E: Vale, ¿Como dio usted para solicitar la discapacidad? ¿con el trabajador social, lo mandamos nosotros o...? P: no, le conté eso a mi medico de cabecera.. .[H44-I]</i>
<b>Información sobre ictus</b>	No información escrita ni audiovisual	<i>[...]En algún momento de este proceso recibiste folletos informativos o de algo de eso? P: no. . [M25-I]</i>
	Material de información desfasado	<i>[...] Creo que tenéis un video además, porque yo oferté hacer un video moderno, gratis, con mi empresa, pero no dejaron, tenían que ir a hablar con el consejero, política. [M40-I]</i>
	Recibió información escrita	<i>[...] Si , si cuando salí se me dieron sobre pasos a seguir, dietas a tomar si si se me dio se me dio. [H50-I]</i>
	Información escrita facilitada por estudiante	<i>[...]mmm no había una chica que hacía también como un estudio durante el ingreso pero no se si era estudiante en practico oo yyy si que me trajo algún tipo de folleto pero mmm nada más. [M47-I]</i>
	<b>Conocimiento sobre el ictus</b>	El ictus es un coagulo de sangre
El ictus afecta a personas mayores		<i>[...]afectaba a las personas mayores, pues se solía escuchar "a esta mujer le dio un ictus, ¿cuántos años tenía?, pues tenía 85", puffff, pues un ictus ya es lo de menos no. [M25-I]</i>
Información proporcionada por centro laboral, previo al ictus		<i>[...]último que vi del ictus fue un curso que tuvimos de recursos laborales de estos que te dan las empresas. [M25-I]</i>
El ictus es de personas		<i>[...]una persona mayor...". [M25-I]</i>

- 224 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

	mayores	
	Información no facilitada por el sistema sanitario	[...] Pero toda esa información no te la hemos dado nosotros. P: No no no no no. . [M25-I]
	No sabía lo que era un ictus	[...] No sabía lo que era un ictus. [M40-I]
	No sabía lo que me estaba pasando	[...] No sabía que me estaba pasando cuando me dio. [M40-I]
	En el ictus influyó el estrés	[...] Vale, porque usted sufrió un ictus, entiendo que lo esta achacando a todo ese estres que tenía... P: Yo se que no... son cosas... que pasan.. y eso me dijo el medico... pero claro yo creo que eso también influye... pienso....no lo se... . [M47-H]
<b>Discapacidad</b>	2 años de espera de discapacidad	[...] y la solicité estoy esperando todavía, dos años ya. [M40-I]
	Juicio por discapacidad	[...] Para que quede claro, me lo comentó antes pero no ahora. Usted ha perdido un juicio por su discapacidad, porque le han denegado su incapacidad y ahora usted lo ha reclamado. . [H50-I]
	Pendiente de discapacidad	[...] Ahora mismo estoy atado de manos, ahora mismo hasta que mi situación... no me den la discapacidad la incapacidad que tengo.. . [H50-I]
	Discapacidad para evitar merma económica	[...] exacto, es que ahora mismo eje eje yo no puedo perder mis derechos de 30 años, es absurdo... yo ahora mismo se me tiene que dar lo que me pertenece, ya después ya lo complementaré yo con... si no me llega con [...] lo que me queda, ya lo complementaré yo... con lo que sea. y ya buscare yo 2 horas, 3 horas o 4 horas....

- 225 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			[H50-I]
		Invalidez	[...] si, un 65 % de invalidez eeeeh pero claro. [M47-H]
		Denegada la discapacidad	[...]yo he pedido discapacidad...no lo he pedido asi, lo he pedido porque no he podido trabajar... yo he hecho aquí trabajo 10 años... papeles escrito... y ahora ... ictus no mentimo a nadie.. digo que estoy bien menos alguna cosa que tal como un poco la vista... un poco la fuerza un poco el cansacio porque he tenido suerte... he pedido discapacidad me la han desechado... [H44-I]
<b>Propuestas de mejora</b>	<b>Mejoras</b>	Apoyo a familiares	[...]O incluso un psicólogo que coja a mi madre. [M25-I]  [...]echas en falta que a lo mejor durante este proceso, nos hemos centrado solo en ti, que eres el paciente, pero hemos dejado al margen a lo que te rodea. P: SI, . [M25-I]  [...] la familia necesitara de de que le ayuden que si nunca han tenido un problema de estos de enfermedades de esas. [M47-H]
		Listas de espera	[...]hombre, lo de siempre, las listas de espera que son muchísimas. . [M25-I]
		Principal mejora: información	[...] información, información, información. [M40-I]  [...] Un poco mas de información a los pacientes, por ese sentido a los pacientes yo que se o a los familiares... porque los pacientes no se van a enterar en ese momento no se van a enterar de nada sino... según como queden también... . [M47-H]  [...]Pienso que solamente

- 226 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35



Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<p>eso...en tratar deeee de darle charla a la gente paraaa saber como manejar la profundidad y a lo largo los días que van pasando... eeh... como manejar ... . como pooder... hacer el...día a día...y recuperar, como uno recuperarse mejor.. . [M45-I]</p>
		Información social	<p>[...] una persona agente social que informe de todo el proceso que se acerca, que es muy largo y complejo el cual yo llevo tres años y medio. [H50-I]</p> <p>[...] Entonces me parece uq eno estoy fingiendo, me parece que no debería estar en un proceso luchando por un proceso el cual tengo todos mis derechos por un proceso que no debería estar luchando yo por el, automáticamente yo salir de aquí con el código ictus, la empresa, la mutua, la seguridad social, tenían que haber tramitado mi situación. Eso no es, es mi opinión. [H50-I]</p> <p>[...] Eso,... dar mas información acerca de lo que tienes realmente,... y lo que hablamos de laboralmente o del certificado de discapacidad y demás también informar mas lo que te puedes a lo mejor acoger... o saber... saber las opciones que tienes... eso.. mas información me falto a mi... . [M47-H]</p>
		Mejoría en juzgar a los pacientes	<p>[...]pues yo creo que podrían mejorar quizás en lo que viene siendo no se como expresarlo en el tema de juzgar, no? . . [M22-I]</p>
		Preparación en el centro de salud	<p>[...]Pero si que es verdad que los centros de salud donde hay menos especialistas se deja pasar mucho, se dejan pasar muchas cosas y y las he vivido y</p>

- 227 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<i>en mis propias circunstancias he vivido que se le echa mucho pues esto puede ser esto puede ser esto y no se investiga a lo... [M22-I]</i>
	Más rehabilitación		<i>[...] La rehabilitación me valió muchísimo porque era conocer nuevos compañeros porque ya los compañeros de los trabajos ya no eran amigos ni compañeros ni nada y entonces ahí te hacen un grupo que te ayudan a .... [M47-H]</i>
	Mejora: atención psicológica		<i>[...] Un psicólogo quizás... si porque después me estuvo tratando un psicólogo a través de la mutua del trabajo. [M47-H]</i>
	Nada que mejorar		<i>[...]La única consulta que viene fue después al alta con el otro docto no e acuerdo el nombre pero todo... es que estaba todo... las pruebas hechas muy completo no se. Yo en ese tema, vamos creo que se hizo todo lo que había que hacer. [M47-I]</i>
	Mejora: más atención al alta		<i>[...]a las personas que futuramente les pase esto debería de ir como un especialista a explicarle bien y como pudiera manejarse para que a un futuro no nooooo nooo estén tan taaaaan desinformados.... [M45-I]</i>
	Mejora: siempre el mismo médico.		<i>[...]Para mí lo que yo te dije antes, me gustaría tener un médico, no tres, cuatro, cinco, diez y que el siempre la persona que me viera .[M41-I]</i>
	Mejora más rapidez ambulatoria		<i>[...]¿En que cree que debemos mejorar?                  P: Seguir ambulatoria mente mas... mas... más rápido la cosa... aquí viene a padecer de de ictus.. porqueee cuando se sabe del hospital no estaba bien , no estaba mal..... se queda un</i>

- 228 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO  
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 18/05/2021 14:06:11

LILISBETH I. PERESTELO PEREZ  
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

19/05/2021 07:58:47

María de las Maravillas Aguiar Aguiar  
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			<i>corde..... no se tenía queeeee a nivel ambulatorial tratarlo mas rápidamente.. mas responsabilidad solo eso. .[H44-I]</i>
	<b>Padrinos</b>	Padrinos de enfermedades	<i>[...] Porque está, sabes, los médicos no son capaces de decirte que te va a pasar después, entonces si tu tienes un padrino que te acompañe en este proceso, sabes, va a ser mucho más fácil para todo, . [M40-I]</i>
		Padrinos	<i>[...] Y claro, esa existencia de padrino, os facilitaría el sistema, porque yo siempre.. yo después de haber estado ingresada por una cosa de vida o muerte, . [M40-I]</i>
		Los pacientes están igual o peor que el sistema	<i>[...] Y luego los pacientes están igual o peor que el sistema[M40-I]</i>
		Padrinos	<i>[...] esas dos cosas, entonces yo creo que si hubiera padrinos voluntarios, que si tu tuvieran un ictus esta noche, me llamas a mi mañana, ¿Sandra estás aquí, quieres venir a hablar con la familia?. [M40-I]</i>
		Ve positivos los padrinos	<i>[...]lo vería bastante bien, lo veo una forma muy positiva de ayudar al a otro y y exponerle su su experiencia. . [M22-I]</i>  <i>[...] No estaría demás también... saber la experiencia de otra persona... pero yo pienso que no todo el mundo es iguaaaaal... pero vamos que tampoco esta demás..... que vaya a lo mejor alguien a explicar pues mira te va a pasar esto van a hacer esto, que yo creo que pa eso están los médicos vamos, osea que.. tampoco lo veo.. necesario.... necesario pero bueno.... . [M47-</i>

- 229 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil

			H]  [...].hombre como grupo de apoyo a lo mejor a gente que haya tenido mmm una repercusión mayor a nivel de salud si, si pudiera ser beneficioso. [M47-I]
		Padrinos al alta	[...].hombre al alta lo mejor, pero cuando estás ingresado no lo se jeje es demasiada información yo creo ya es suficiente el ver otros pacientes que tienes al lado y están así no se a lo mejor en una situación peor... yo creo que no. Que no es el momento, si no al alta como un tipo de apoyo a lo mejor para mejorar la calidad de vida después si pero sino no. [M47-I]
<b>Miscelánea</b>	<b>Miscelánea</b>	El servicio no es gratis	[...] la gente tiene que ser consciente, que el servicio parece que es gratis pero no es gratis, y no se trata de venir aquí, por venir[M40-I]
		5 meses sin hacer vida normal	[...] más o menos a las 4 o 5, no a ver, a los 5 meses. [M40-I]
		Asumen el ictus a ACO	[...] No se porque todo el mundo asume al ictus a la píldora que tomé, porque tomo la píldora anticonceptiva[M40-I]
		Luchar	[...] si, que luche que todo está en la mente, que se puede sobrevivir y vivir con cierta calidad, que es importante, que no tire la toalla, que luche. . [H50-I]
		Las personas están por interés	[...]yo me he dado cuenta de que las personas ee están por interés. [M22-I]
		Padre: Fallo en MAP por prejuicios	[...]Lo único que digo de repente deberían en los centros de salud sea niño sea niña se alto sea bajo sea gordo sea flaco sea más viejo... consejo hay que aplicárselos, ella podría estar

- 230 -

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35

*Impacto socioeconómico y calidad de vida en el ictus juvenil*

			<i>ahora bien si se hubieran dado cuenta si hubieran mirado un poquito, si hubieran puesto los puntos sobre las ies es lo único que yo digo. [M22-I]</i>
		No tengo amigos	<i>[...] porque no tengo amigos, no tengo amigas. . [M47-H]</i>
		Un año de baja	<i>E: ¿Estuvo mucho tiempo...? P: Estuve un año de baja. [M47-H]</i>
		Normalidad tras 6 meses del ictus	<i>¿Cuanto tiempo ha tardado en volver a la normalidad? P: mmmmm aaah... no quiero exagerar 5 o 6 meses... .[H44-I]</i>

*\* Cada cita tiene una identificación con el sexo del paciente, su edad y el tipo de ictus, isquémico (I) o hemorrágico (H). [sexo edad-tipo de ictus]*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 3445150 Código de verificación: 2KuMtsnH

Firmado por: DEBORA ALONSO MODINO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 18/05/2021 14:06:11
LILISBETH I. PERESTELO PEREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	19/05/2021 07:58:47
María de las Maravillas Aguiar Aguiar UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	24/05/2021 14:16:35