
La rehabilitación en la atención del paciente post ictus en el entorno familiar

Rehabilitation in post-stroke patient care in the home environment

Angel Oshumaré Chacón-Alpí^{1*} <https://orcid.org/0009-0007-6867-6882>

Yoleiny de la Caridad Lescalle-Ortiz² <https://orcid.org/0000-0002-1249-1092>

Jéssica Sánchez-Rodríguez³ <https://orcid.org/0009-0008-7069-4294>

Angélica Oshumaré Chacón-Alpí⁴ <https://orcid.org/0009-0007-3944-2083>

¹ Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga. Departamento Asistencia Médica. Pinar del Río, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas. Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga. Departamento Vicedirección Docente Pregrado. Pinar del Río, Cuba.

³ Policlínico Universitario Luis Augusto Turcios Lima. Departamento Asistencia Médica. Pinar del Río, Cuba.

⁴ Universidad de Ciencias Pedagógicas Rafael María de Mendive. Departamento de Lenguas extranjeras. Pinar del Río, Cuba.

***Autor para Correspondencia:** angelchaconalpi@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El ictus representa un problema de salud mundial. En Cuba, se aspira a que el proceso rehabilitador del paciente se realice de forma ininterrumpida. La rehabilitación se erige como un componente esencial en el proceso de mejorar la calidad de vida de estos pacientes a largo plazo.

Objetivo: Evaluar la rehabilitación en la atención del paciente post ictus en el entorno familiar.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, el universo estuvo constituido por los 86 pacientes que padecen ictus identificados en la Sala de Rehabilitación perte-

necientes al Grupo Básico de Trabajo número uno del Policlínico Pedro Borrás Astorga en el período comprendido entre abril 2024 y julio de 2024. La muestra quedó constituida por 64 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: El grupo de edad de 60 a 69 años con 12 hombres de color de piel blanca que representan el 18,8 % de la muestra. Con particularidad del ictus isquémico 56 casos para un 87,5 %. En relación con las clases de medicamentos que recibieron los pacientes, los IECA fueron los más utilizados 61 individuos para un 95,3 %. Entre las secuelas, las de naturaleza social fueron las más notorias 59 casos representando el 92,2 %. Sobre la rehabilitación predominó una recuperación parcial 33 pacientes para un 51,6 % de todos los pacientes.

Conclusiones: la rehabilitación en la atención del paciente post ictus en el entorno familiar se estableció en un proceso interdisciplinario que requiere adaptaciones del entorno, participación del paciente y sus familiares.

DeCS: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR; REHABILITACIÓN CARDIACA; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA; REHABILITACIÓN; FAMILIA.

ABSTRACT

Introduction: Stroke represents a global health problem. In Cuba, it is aimed that the patient's rehabilitation process is carried out without interruption. Rehabilitation stands as an essential component in the process of improving the quality of life of these patients in the long term.

Objective: To evaluate rehabilitation in the care of post-stroke patients in the family environment.

Methods: A descriptive, observational, cross-sectional study was conducted. The study population consisted of 86 stroke patients identified in the rehabilitation room of Basic Work Group 1 at the Pedro Borrás Astorga Polyclinic between April and July of 2024. The sample included 64 patients who met the inclusion and exclusion criteria.

Results: The age group of 60 to 69 years with 12 men had a skin color that was white, representing 18.8% of the sample. For ischemic stroke specifically, there were 56 cases, accounting for 87.5% of the total. Of the medications received by the patients, ACE inhibitors were the most common, with 61 patients, or 95.3%, taking them. Among the sequelae, social sequelae were the most notable, with 59 cases representing 92.2% of all cases. Regarding rehabilitation, partial recovery was most common, with 33 patients accounting for 51.6% of all patients.

Conclusions: Rehabilitation in the care of post-stroke patients in the family setting was established as an interdisciplinary process that requires environmental adaptations, as well as the participation of the patient and their relatives.

Recibido: 27/06/2025

Aprobado: 17/01/2026

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

El *ictus* es un término utilizado hace más de 2 400 años, por Hipócrates, padre de la Medicina, quien reconoció y escribió sobre el derrame cerebral.⁽¹⁾ Desde entonces y hasta hace relativamente poco tiempo, el derrame o hemorragia cerebral se llamaba apoplejía, stroke en lengua anglosajona, que significa en griego ataque violento.⁽²⁾

Esto se debía a que el paciente sufría de repente una parálisis y un cambio radical en el bienestar, casi siempre definitivo y fatal. Son sinónimos las denominaciones de accidente cerebrovascular, ataque cerebrovascular, accidente vascular encefálico.⁽²⁾

Durante el siglo XIX y principios del siglo XX, el tratamiento del ictus era muy restrictivo, por no decir casi nulo. Los avances en el campo de la Anatomía patológica permitieron conocer las causas, desarrollo y manifestaciones de enfermedades que podían asociarse con una muerte súbita de causa desconocida.

Aparecieron entonces los primeros estudios que relacionan la hipertensión arterial con la aterosclerosis y hacia los años treinta se demuestra la relación existente entre la hipertensión y el ictus.⁽²⁾

Producto del desarrollo tecnológico, a partir de 1950 aparecen nuevos métodos terapéuticos para prevenir y tratar el ictus. La mayoría involucra alguno de los elementos esenciales de la patogénesis de la enfermedad, donde se incluyen: La dieta, los estilos de vida, terapéutica farmacológica, la nanotecnología y no menos importante, la rehabilitación que permita la reinserción social de estos pacientes, donde el entorno familiar tiene un rol determinante.⁽³⁾

Varios autores como: Angarica et al.,⁽⁴⁾ y Viruez et al.,⁽⁵⁾ conceptualizaron esta enfermedad la OMS,⁽⁶⁾ define ictus como síndrome clínico, presumiblemente de origen vascular, que se caracteriza por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal y que duran más de 24 horas o llevan a la muerte.

A partir del 1 de enero de 2022 entró en vigor la 11ª Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud, una herramienta que busca la estandarización mundial de los datos que los países miembros recogen en el ámbito de la salud.

Uno de los mayores cambios en esta nueva clasificación es que el ictus se incluye dentro de las enfermedades del sistema nervioso y no dentro de las enfermedades del aparato circulatorio, como aparecía reflejado en anteriores versiones.⁽⁷⁾

El ictus constituye la séptima causa de años perdidos por discapacidad al analizar todas las edades y la segunda, para los grupos de edad mayor de 60 años y entre 45 y 59 años es responsable de 41 626 214 años perdidos por discapacidad. Esta situación afecta, tanto a países de altos ingresos económicos como a aquellos en vías de desarrollo.⁽⁸⁾

En la actualidad, esta enfermedad nosológica representa un problema de salud mundial de tendencia creciente, lo que obliga a establecer las mejores pautas de prevención y tratamiento para reducir las secuelas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), quince millones de personas a nivel mundial sufren un ictus cada año; entre ellas, cinco millones y medio mueren y otros cinco millones quedan con alguna discapacidad permanente.⁽⁹⁾

A nivel mundial se reporta una prevalencia del ictus entre 500 y 700 casos por 100 000 habitantes. La OMS reporta una media de 200 casos nuevos 100 000 habitantes. Cada año en Europa y Estados Unidos se reportan entre 750 000 y 1 200 000 casos nuevos de ictus. Los estudios reportan que la incidencia de la enfermedad ha disminuido en países desarrollados, mientras que se duplica en países en vías de desarrollo; cada 53 segundos ocurre un evento de ictus y cada 3,3 minutos muere un paciente por este motivo.^(3, 10, 11)

A pesar de la heterogeneidad demostrada en los estudios epidemiológicos sobre esta enfermedad la incidencia del ictus en Europa, fue estimada de 180 a 200 por cien mil habitantes. En América Latina y el Caribe este problema crece con tanta rapidez que alcanza proporciones epidémicas y se ubica como la tercera causa de muerte en la región. Con una incidencia estimada de 209 por cien mil habitantes anuales con edad mayor o superior a los 35 años.^(9, 12)

Expertos sobre el tema a nivel internacional y nacional,^(13,14,15) señalan la importancia sobre la variedad de aspectos que se ven afectados en una persona que ha sufrido un ictus y el impacto de éstos en la calidad de vida (CV), así como el papel rector del entorno familiar que intervendrá en la recuperación, pues en más del 50 % de los casos sobreviven con secuelas motoras y entre el 30 y el 35 % presentan secuelas cognitivas con incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

La rehabilitación se erige como un componente esencial en el proceso de mejorar la calidad de vida de estos pacientes a largo plazo. Este enfoque se orienta a minimizar el impacto de la discapacidad y las limitaciones que puedan resultar del ictus, optimizando así la recuperación funcional. Se logra mediante un seguimiento regular, intervenciones terapéuticas específicas y la educación del paciente y el entorno familiar sobre cómo manejar las secuelas del ictus.

La rehabilitación es un proceso dedicado a promover el funcionamiento físico y cognitivo, las activi-

dades (incluye el comportamiento), la participación (incluye la calidad de vida) y modificar los factores personales y ambientales.

En Cuba, se aspira a que el proceso rehabilitador del paciente se realice de forma continua e ininterrumpida, a través de los distintos niveles de atención. Es precisamente en la comunidad donde pueden influir sobre este proceso los equipos básicos de salud, en estrecha interrelación con el grupo básico de trabajo, donde se incluyen otros especialistas.⁽¹⁶⁾

En tal sentido el objetivo de la investigación fue evaluar la rehabilitación en la atención del paciente post ictus en el entorno familiar en el Grupo Básico de Trabajo (GBT) número uno del Policlínico Pedro Borrás Astorga de Pinar del Río.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, sustentado en la concepción dialéctico materialista, donde se aplicaron criterios consensuados en la evaluación y corrección de acciones en un proceso de contribución simultánea a la adquisición de conocimientos, a la ciencia y al cambio que se espera en el ámbito donde se aplica, a partir del referente de la Ciencias Médicas.

El universo estuvo constituido por los pacientes 86 que padecen ictus identificados en la Sala de Rehabilitación pertenecientes al GBT número uno del Policlínico Pedro Borrás Astorga en el período comprendido entre abril y julio de 2024.

Se utilizó un muestreo no probabilístico y se seleccionó de manera intencional 64 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Aceptación de participar en el estudio.

- Pacientes que conserven la capacidad de toma de decisiones.
- Pacientes diagnosticados con ictus isquémico o hemorrágico.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de ataque transitorio isquémico, encefalopatía hipertensiva o demencia vascular.
- Pacientes que no se encontraban en el área de estudio porque fallecieron, emigraron o se mudaron.

Una vez revisados los datos recogidos en los consultorios, se confeccionó una base de datos para su procesamiento y análisis automatizado en hoja de cálculo del programa *Microsoft Excel* 2021.

Los resultados se expresaron en números absolutos y como medida estadística de resumen se empleó en porcentaje.

Se confeccionaron tablas de contingencia de dos entradas que permitieron mejor comprensión de los resultados.

Basado en lo establecido en la Declaración de Helsinki para la realización de estudios investigativos en seres humanos, se les informó a los pacientes que su participación es de forma voluntaria, que no representará ningún compromiso y que tendrán la total libertad de aceptarlo o no, se les explicó que los datos obtenidos solo serán utilizados con fines investigativos y el anonimato en la información brindada. Para ello se les entregó a firmar el acta de consentimiento informado. Toda la información que se procesó y se utilizó en el estudio, se conservará bajo los principios de máxima confidencialidad y en ningún caso se revelará la identidad de las personas involucradas.

RESULTADOS

La tabla 1 ilustra demográficamente que predominó en la muestra el sexo masculino 45 pacientes para una 70,3 %, mientras que el femenino fue representado por 19 casos con el 29,7 % de la muestra. Por otro lado, el grupo de edad más significativo fue 60-69 con 19 pacientes para un 29,7 %; representado en los tres tipos de color de la piel por lo cual; es un hecho evidente que con la edad aumenta el riesgo de padecer un ictus, siendo esta variable estadísticamente significativa en el presente estudio.

Un resultado sorprendente que se puede observar referente al color de la piel, donde los datos recogidos reflejaron predominio de hombres de piel blanca; 27 pacientes post ictus para un 42 %. El grupo de edad antes mencionado fue el más significativo: 12 pacientes para un 18,7 % de color de piel blanca (Tabla 1).

Tabla 1 La rehabilitación en la atención del paciente post ictus en el entorno familiar.
Distribución de la muestra según edad, sexo y color de la piel.

Edad	Color de la piel															
	Blanco				Negro				Mestizo				Total n=64			
	M		F		M		F		M		F		M		F	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
40-49	2	3,1	1	1,6	1	1,6	0	0	0	0	0	0	3	4,7	1	1,6
50-59	5	7,8	0	0	1	1,6	1	1,6	1	1,6	0	0	7	10,7	1	1,6
60-69	12	18,8	3	4,7	5	7,8	2	3,1	2	3,1	0	0	19	29,7	5	7,9
70-79	6	9,4	8	12,5	7	10,9	1	1,6	0	0	0	0	13	20,1	9	14,1
80-89	2	3,1	2	3,1	1	1,6	1	1,6	0	0	0	0	3	4,7	3	4,7
Total	27	42,2	14	21,9	15	23,4	5	7,9	3	4,7	0	0	45	70,3	19	29,7

Fuente: Historia de salud individual. M: Masculino F: Femenino

Los resultados presentados en la tabla 2 destacan la significación de todas las secuelas post ictus observadas en la muestra, sugiriendo un efecto dominó entre ellas. Esto se traduce en que una secuela no solo coexiste con otra, sino que se ve influenciada por ella. En este contexto, es común que un mismo paciente presente múltiples secuelas de forma simultánea, lo que complica aún más su proceso de recuperación y rehabilitación.

Entre las secuelas detectadas, las de tipo social son las más frecuentes, afectando a 59 pacientes, lo que representa un 92,2 % de la muestra estudiada. Dentro de este grupo, las dificultades en actividades de la vida diaria se identificaron como la complicación más significativa, afectando a 56 pacientes, equivalentes a un 87,5 %.

A continuación, se pudo observar el grupo de secuelas motoras, donde la hemiparesia se erige como la complicación más frecuente. Este déficit funcional afecta a 28 pacientes, representando un 43,8 % de la población estudiada. Aunque las secuelas psicológicas aparecieron en un segundo plano, registrándose en 36 pacientes para un 56,2 %, constituyen un aspecto fundamental a considerar debido a su influencia en el comportamiento y la reintegración social de los afectados (Tabla 2).

Tabla 2 Distribución de la muestra según tipos de secuelas

Tipos de secuelas		No. n=64	%
Neurológicas	Hemiplejía	8	12,5
	Hemiparesia	28	43,8
	Convulsiones	4	6,3
	Trastornos visuales	9	14,1
	Disfagia	2	3,1
Subtotal		52	79,8
Psicológicas	Depresión post ictus	23	35,9
	Ansiedad	13	20,3
Subtotal		36	56,2
Sociales	Aislamiento social	3	4,7
	Actividades de la vida diaria	56	87,5
Subtotal		59	92,2

Fuente: Historia de salud individual.

La tabla 3 ofrece un panorama completo sobre la frecuencia de rehabilitación y los niveles de recuperación entre pacientes postictus. Un hallazgo significativo es el grupo de 21 pacientes el 32,8 %; que no participaron en la rehabilitación comunitaria. Estas estadísticas subrayan la importancia crítica de la rehabilitación en el proceso de recuperación (Tabla 3).

Tabla 3 Distribución de la muestra según frecuencia de rehabilitación y nivel de recuperación

Frecuencia de rehabilitación	Nivel de recuperación							
	No se recupera		Recuperación Parcial		Recuperación Total		Total n=64	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No se realiza	14	21,9	7	10,9	0	0	21	32,8
Una vez por semana	0	0	3	4,7	4	6,3	7	10,9
Dos veces por semana	0	0	6	9,4	3	4,7	9	14,1
Tres veces por semana	0	0	8	12,5	3	4,7	11	17,2
Diaria	0	0	9	14,1	7	10,9	16	25
Total	14	21,9	33	51,6	17	26,6	64	100

Fuente: Historia de salud individual.

A partir de los datos de la tabla 4 se identificó que en la muestra estudiada prevaleció la calidad de vida moderadamente afectada en total de 28 pacientes para un 43,8 % donde los afectados con ictus isquémicos 24 fueron los más perjudicados con 37,5 % en igual grupo de calidad de vida.

Los autores asumen el criterio de Mesa Y,⁽¹⁷⁾ quien considera a aquellos pacientes con puntuaciones superiores a 50 puntos se con CV afectada; al resultar 41 pacientes para un 64,1 % (Tabla 4).

Tabla 4 Distribución de la muestra según calidad de vida de la muestra respecto al tipo de ictus

Tipo de ictus	Calidad de vida									
	No afectada		Ligeramente afectada		Moderadamente afectada		Gravemente afectada		Total n=64	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Isquémico	3	4,7	17	26,6	24	37,5	12	18,8	56	87,5
Hemorrágico	0	0	3	4,7	4	6,3	1	1,6	8	12,5
Total	3	4,7	20	31,3	28	43,8	13	20,3	64	100

Fuente: Historia de salud individual.

A partir del diagnóstico al analizar los resultados de los instrumentos aplicados en la investigación, facilitó la triangulación metodológica para agrupar y comparar los datos que evidencian el estado actual de la rehabilitación en la atención del paciente post ictus en el entorno familiar.

El proceso de triangulación es una tarea ardua debido a que se tratan de mediar las diferencias entre dos o más fuentes de información, enfoques metodológicos, diseños, perspectivas teóricas, investigadores y análisis de datos para compensar las debilidades de una sola estrategia con el fin de lograr integridad de los hallazgos. ⁽¹⁸⁾

La utilidad de la triangulación radica en que esta proporciona una mayor flexibilidad en la interpretación de los datos debido a que con el empleo de diferentes fuentes se busca obtener una imagen más completa del problema. Es decir, se revelan las múltiples dimensiones del problema, lo que llevará a que el investigador tenga una mayor comprensión del mismo. ⁽¹⁸⁾

Para valorar la rehabilitación en la atención del paciente post ictus en el entorno familiar se utilizó la regla de decisión (Tabla 5).

Tabla 5 Resultados de la triangulación de los resultados

Rehabilitación en la atención del paciente post ictus en el entorno familiar		
Variable	Criterio de decisión	Nivel de desarrollo de negatividad
Calidad de vida del paciente post ictus	43,8	Regular
Frecuencia de rehabilitación	32,8	Mal
Nivel de recuperación	51,6	Regular
Valor	42,7	Regular

Fuente: Resultados propios del autor.

El valor del dato recolectado se encuentra entre 0 %-33 % se considera Mal.

El valor del dato recolectado se encuentra entre 34 % - 67 % se considera Regular.

El valor del dato recolectado se encuentra entre 68 % - 100 % se considera Bien.

Regularidades identificadas:

Limitada existencia de evidencias sobre investigaciones destinadas a la rehabilitación en la atención del paciente post ictus en el entorno familiar.

La literatura científica se ha centrado en el enfoque biologicista.

La producción de investigaciones de autores cubanos sobre ictus se caracteriza por disminuir en los últimos tres años.

Se patentiza la necesidad de fortalecer el desempeño profesional del médico de familia para el abordaje efectivo que presenta este tipo de paciente en el entorno familiar.

DISCUSIÓN

La autora Santana et al.,⁽¹⁹⁾ que obtuvo datos que concordaron con la investigación pues predominaron los 21 pacientes masculinos para un 58,3 % y los 27 pacientes blancos para un 75% de la muestra estudiada.

El artículo de Linares et al.,⁽²⁰⁾ presentó resultados similares al trabajo presentado pues se destacó además 32 casos del sexo masculino con un 78 % sobre el femenino.

Bernal,⁽¹¹⁾ realizó una intervención educativa para prevenir las enfermedades cerebrovasculares en adultos mayores la cual, coincide con los resultados del estudio pues en la misma predominó 19 pacientes del sexo masculino con un 59,4 %; los resultados de los autores reflejaron que el ictus es una enfermedad del envejecimiento ya que el grupo de edad predominante fue de 70-79 años.

Discrepando a los resultados de la investigación; los propios autores evidenciaron que hubo superioridad del color de la piel negra con 18 pacientes representando el 56,3 %, este resultado está en relación con que la población está compuesta por un alto mestizaje debido a la influencia de varias descendencias.

Según Rivadeneira,⁽²¹⁾ el color de la piel negra tiene mayor incidencia que la blanca, existen grupos étnicos como los japoneses que tienen mayor incidencia de ictus hemorrágico. Además, se ha observado que poblaciones afroamericanas tienen más incidencia de ictus en comparación con personas de raza blanca.

Los datos presentados por Herrero et al.,⁽²²⁾ mostraron un predominio del ictus isquémico en pacientes masculinos 29 para un 64,3 % concordando con los datos expuestos.

Aunque ambos sexos se comportaron con equivalentes resultados en la investigación de Sánchez et al.,⁽²³⁾ se señalaron que el sexo femenino se comportó con cifras de 50,1 % lo que discrepa de los resultados del trabajo.

De la misma forma, pero sin diferenciar en el tipo de ictus en la investigación de Sánchez et al.,⁽²⁴⁾ el sexo más frecuente resultó el femenino con 29 pacientes mayoría porcentual del 54,9 %. Lo que no coincide con el trabajo.

Urcia y Cam,⁽²⁵⁾ muestran una tendencia hacia las secuelas neurológicas, donde la hemiplejía derecha se registró en 1 189 pacientes lo que significó el 42,7 %. Esta discrepancia con nuestros hallazgos resalta la necesidad de realizar estudios comparativos que permitan entender mejor el comportamiento de las secuelas post ictus en diversas regiones y contextos.

Asimismo, el estudio realizado por Nápoles et al.,⁽²⁶⁾ que evaluó el comportamiento clínico-epidemiológico de las enfermedades cerebrovasculares en el Policlínico Universitario Julio Antonio Mella, reveló que las secuelas más frecuentes fueron la incapacidad para la marcha 12 pacientes para un 55,4 % y los trastornos del lenguaje nueve pacientes que fueron 36,3 %. Estas cifras no coinciden con los resultados obtenidos en la investigación, lo que refuerza la hipótesis de que diferentes grupos poblacionales pueden experimentar distintos patrones de secuelas.

Por otro lado, el análisis realizado por Herrero et al.,⁽²²⁾ también difiere de los resultados del estudio. Según este autor, las secuelas predominantes en pacientes con ictus isquémico incluyeron la hemiparesia para 31 pacientes que fue del 68,9 % y los trastornos del lenguaje para 19 pacientes en un 42,2 %. En los casos hemorrágicos, la cefalea fue el síntoma más destacado en siete pacientes para un 70 %, mientras que la presencia de hemiplejías se constató en cinco pacientes para

un 50 % de los casos. En línea general, la hemiparesia se convirtió en un indicador vital de ictus en 33 pacientes constituyendo el 60 %, lo que coincide con las observaciones, pero presenta diferencias en cuanto a la frecuencia de otras secuelas.

Los hallazgos del estudio contrastan con los reportados por Piloto et al.,⁽²⁷⁾ en una población de adultos mayores del Policlínico Universitario Hermanos Cruz en Pinar del Río. En su estudio, 218 casos el 48,3 % de los pacientes logró recuperarse, mientras que 85 casos el 18,9 % no lo hizo. Participar en actividad física diaria (al menos tres veces por semana), se vinculó a una recuperación neurológica mejorada. Por el contrario, en el grupo que no realizó ejercicio, 40 pacientes, un preocupante 58,8 % falló en recuperarse.

Lescalle et al.,⁽²⁸⁾ en su análisis de los factores de riesgo clínico-epidemiológicos relacionados con la enfermedad cerebrovascular, se centraron en criterios similares. Encontraron que 36 pacientes el 41,4 % lograron una recuperación parcial y la adherencia al tratamiento de rehabilitación mostró resultados alentadores, con 40 pacientes que representaron un 46 % de la muestra cumpliendo con regímenes de tratamiento diario. Este hallazgo diverge de los resultados observados en este estudio.

Los datos ofrecidos por Hernández et al.,⁽²⁹⁾ con resultados ligeramente similares, muestran que en un trabajo realizado en Ecuador en el año 2020 el 67,5 % de los sujetos evaluados tienen algún grado de afectación en la calidad de vida, cuya mayor proporción fue de afectación moderada para un 36,3 % de los pacientes.

Mientras el estudio realizado por Romero et al.,⁽³⁰⁾ revela que el 48,2 % de los pacientes no consideran afectada la calidad de vida, seguidos de los que sí la percibieron como ligeramente afectada que corresponde con el 37,2 % de los pacientes estudiados. Este resultado discrepa de los datos planteados en la investigación.

CONCLUSIONES

La rehabilitación se erige como un componente esencial en el proceso de mejorar la calidad de vida de estos pacientes a largo plazo. Se establece en un proceso interdisciplinario orientado a restituir la máxima independencia funcional, requiere una planificación específica, adaptaciones del entorno, participación del paciente y sus familiares, lo que permite la reintegración en el hogar, la familia y la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pupo L. Intervención educativa en pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica Hospital

Guillermo Luis. Moa. 2019- 2020 [Internet]. [tesis]. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas Holguín, 2021 [citado 27 Abr 2024]. Disponible en:

<https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2142>

2.Leyva R, Romero L, Mayor E, Páez Y, Gondres K, Bacardí P. Caracterización de las complicaciones y la mortalidad en la enfermedad cerebrovascular isquémica aguda. Revista Finlay [Internet]. 2021 [citado 27 Abr 2024]; 11(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

<https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/987https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/987/2025>

3.Pinilla M, Beche E, Castro M. Los paradigmas biologicistas y médicosocial en pacientes con discapacidad. Arch Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2023 [citado 3 Oct 2023]; 11(1):196-204. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1102>

4.Angarica Y, Salazar J, Herrera D, Despaigne E, Hechevarría M, Reina C. Caracterización de la enfermedad cerebrovascular isquémica en pacientes diabéticos del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico General Calixto García. Revista Finlay [Internet]. 2023 [citado 27 Abr 2024]; 13(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1265>

5.Viruez A, Chambi G, Chambi A, Quispe N, Jiriss J, Vera O. Ictus en cuidado intensivo a muy alta altitud. Rev Méd La Paz [Internet]. 2023 [citado 27 Abr 2024]; 29(2): 30-37. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172689582023000200030&lng=es.

6. Organización Mundial de la Salud. Accidente cerebrovascular [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 27 Abr 2024]. Disponible en: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/

7. Gaceta Médica [Internet]. La OMS clasifica el ictus como enfermedad del sistema nervioso en la CIE-11. 2021 [actualizado 2025; citado 5 Jun 2025]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/oms-ictus-enfermedad-sistema-nervioso-cie-11>

8. Verdecia Y. Comportamiento de la Rehabilitación Física en pacientes con enfermedad cerebrovascular. Velasco. 2021 [Internet]. [tesis]. Cuba: Universidad De Ciencias Médicas Holguín; 2021 [citado 3 Oct 2023]. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=1827>

9. Soto Á, Guillén F, Morales G, Muñoz S, Aguinaga I, Fuentes R. Prevalencia e incidencia de ictus en Europa: revisión sistemática y metaanálisis. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2022 [citado 30 Mayo 2025]; 45(1): e0979. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272022000100012&lng=es.

10.Rodríguez O, Pérez LE, Carvajal N, Jaime LM, Ferrer V, Ballate OL. Factores de riesgo asociados a la enfermedad cerebrovascular en pacientes del Policlínico "Marta Abreu". Rev Acta Médica del Centro [Internet]. 2018 [citado 3 Oct 2024]; 12(2): Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu>

11.Bernal D. Intervención educativa para prevenir las Enfermedades Cerebrovasculares en adultos

mayores Consultorio 23Policlínico Levisa [Internet]. [tesis]. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas Holguín; 2020 [citado 3 Oct 2023]. Disponible en:

<https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=1842>

12. Cagna DR, Salcedo AL. Prevalencia e incidencia de accidentes cerebrovasculares en Latinoamérica y el Caribe: revisión sistemática [Internet]. [tesis]. Perú: Universidad Científica del Sur Facultad de Ciencias de la Salud carrera profesional de Medicina Humana; 2022 [citado 23 Abr 2024].

Disponible en: <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/2294?show=full>

13. Rodríguez S, Fernández E, Sánchez C. Estudio sobre la percepción de calidad de vida que presentan pacientes que han sufrido un ictus a través de la ECVI-38 Revista TOG (Coruña) [Internet]. 2020 [citado 3 Oct 2024]; 14(25):148-58. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/25/pdf-original9.pdf>

14. Alonso D, Perestelo I, Rosa FM, Toledo A, Valcarcel C, Montón FI. Calidad de vida y salud mental en el ictus juvenil. Neurología [Internet]. 2022 [citado 30 Abr 2024]; 40(3): 229-238. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485323000336>

15. Enríquez F. Accidente Cerebrovascular: ¿Cómo afecta al paciente y qué nivel de carga genera el cuidado en su familia? [Internet]. [tesis]. México: Universidad Autónoma De San Luis Potosí, Facultad De Enfermería; 2016 [citado 23 Abr 2024]. Disponible en: [https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4779/](https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4779/Enriquez%20Blanco%20Fatima%20ACCIDENTE%20CEREBROVASCULAR.%20Como%20afecta%20al%20paciente%20y%20que%20nivel%20de%20carga%20genera%20el%20cuidado%20en%20su%20fa~1.pdf?sequence=1)

[Enriquez Blanco Fatima ACCIDENTE%20CEREBROVASCULAR.%20Como%20afecta%20al%20paciente%20y%20que%20nivel%20de%20carga%20genera%20el%20cuidado%20en%20su%20fa~1.pdf?sequence=1](https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4779/Enriquez%20Blanco%20Fatima%20ACCIDENTE%20CEREBROVASCULAR.%20Como%20afecta%20al%20paciente%20y%20que%20nivel%20de%20carga%20genera%20el%20cuidado%20en%20su%20fa~1.pdf?sequence=1)

16. Moreira LR, Torres OA, Peña A, Palenzuela Y. Enfermedad cerebrovascular en pacientes ingresados en cuidados intensivos. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2020 [citado 3 Oct 2024]; 24(4): aprox. 8p. Disponible en:

<https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4316>

17. Mesa Y, Fernández O, Hernández TE, Parada Y. Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 [citado 5 Jun 2025]; (4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2016000400004&lng=es

18. Velosa J, Rodríguez N. Utilidad de la triangulación en salud. Mem Inst Investig Cienc Salud [Internet]. 2020 [citado 5 Jun 2025]; 18(1): 108-112. Disponible en:

<http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v18n1/1812-9528-iics-18-01-108.pdf>

19. Santana DA, Peña M, González S. Diferencias cliniconeurológicas en pacientes con enfermedad

- cerebrovascular isquémica de edades menores y mayores de 65 años. Medisan [Internet]. 2024 [citado 5 Jun 2025]; 28(1): Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368477457010>
20. Linares M, Pérez H, Frances Y. Caracterización de los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular en mayores de 60 años. Rev Cuban de Med [Internet]. 2022 [citado 19 Jun 2025]; 61(3): e2490. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232022000300004
21. Rivadeneira O. Factores de riesgo en la enfermedad cerebrovascular en adultos mayores del hospital Abel Gilbert Pontont entre 2016-2017 [Internet]. [tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2017. [citado 11 Feb 2025]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31425>
22. Herrero A, Ruiz D, Tarife IE, Abreu LM, Echemendía DM, Paumier AG. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con enfermedad cerebrovascular. 2023-2024. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2024 [citado 5 Jun 2025]; 46: 1-13. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020088001.pdf>
23. Sánchez Y, Sánchez R, Lugo Y. Mortalidad por accidentes cerebrovasculares en el Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado de Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [citado 5 Jun 2025]; 24(1): e4188. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4188>
24. Sánchez D, Hidalgo M, Fleites M, Limas K, Morales Y. Factores de riesgo asociados a la enfermedad cerebrovascular en pacientes del consultorio 32 del Policlínico Norte de Ciego de Ávila [Internet]. Ciego de Avila: III Jornada Virtual Internacional de Medicina Familiar; 2024 [citado 5 Jun 2025]. Disponible en: <https://mefavila.sld.cu/index.php/mefavila2024/2024/paper/viewFile/846/640>
25. Urcia F, Cam D. Perfil epidemiológico de los pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular atendidos en un instituto de rehabilitación de Lima-Perú. Rev Med Hered [Internet]. 2023 [citado 5 Jun 2025]; 34: 132-142. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rmh.v34i3.4922>
26. Nápoles D, Artigas AA, Rojas G, Nápoles MA. Comportamiento clínico-epidemiológico de las enfermedades cerebrovasculares. Policlínico "Julio Antonio Mella", Tacajó, Holguín 2019-2020. Correo Científico Médico [Internet]. 2024 [citado 5 Jun 2025]; 28: 1-10. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/download/5050/2546&ved=2ahUKEwi11b3npOeNAXW5K1kFHeB1FT8QFnoECBkQAQ&usq=AOvVaw1gc2StR28YtYWq-ae3-6Da>
27. Piloto R, Herrera GL, Ramos YC, Mujica DB, Gutiérrez M. Clinical and epidemiological characterization of cerebrovascular disease in the elderly. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 [citado 5

5 Jun 2025]; 19(6). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942015000600005&lng=es.

28. Lescalle YC, Roque YS, Casabella Martínez S, Chacón AO, Malagón B. Factores de riesgo clínico-epidemiológicos asociados a pacientes con enfermedad cerebrovascular. Liderazgo en Salud y Calidad de Vida [Internet]. 2024 [citado 21 Jun 2025]; 3:507. Disponible en:

<https://hl.ageditor.ar/index.php/hl/article/view/507>

29. Hernández E, Salazar J. Calidad de vida en pacientes con enfermedad cerebrovascular evaluados en un hospital venezolano. Rev Ecuat Neurol [Internet]. 2020; [citado 19 Ene 2025]; 29(2):52-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.46997/revecuatneurol29200052>

30. Romero MD, Gil I, Ovando L. Características clínicas y calidad de vida de los pacientes tras un evento vascular cerebral. Rev Mex Med Fam [Internet]. 2023 [citado 5 Jun 2025]; 10: 89-98. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmmf/v10n3/2696-1296-rmmf-10-3-89.pdf>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Angel Oshumaré Chacón-Alpí (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Supervisión. Redacción-borrador original. Redacción – revisión y edición).

Yoleiny de la Caridad Lescalle-Ortiz (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Redacción-revisión y edición).

Jessica Sánchez-Rodríguez (Investigación. Metodología. Supervisión. Validación- Verificación. Visualización).

Angélica Oshumaré Chacón-Alpí (Investigación. Metodología. Supervisión. Validación – Verificación. Visualización).