

# Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico

V. Díaz-Tapia<sup>a</sup>, J. Gana<sup>b</sup>, M. Sobarzo<sup>b</sup>, A. Jaramillo-Muñoz<sup>a</sup>, S. Illanes-Díez<sup>a</sup>

## ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO

**Resumen.** *Objetivo.* Estudiar la calidad de vida (CV) y el estado neurológico funcional de pacientes a los tres años de sufrir un primer accidente vascular cerebral (AVC) isquémico. *Pacientes y métodos.* Se escogieron pacientes que cursaron con AVC isquémico, clasificados en las categorías I 63 a I 69. La CV y el estado neurológico funcional se midieron mediante la escala de Rankin modificada (mRS) y el cuestionario de salud SF-36, respectivamente. *Resultados.* De 59 pacientes encuestados (media de edad: 62 años; sexo: 51% mujeres), cerca de la mitad (29 pacientes; 49,1%) presentaron algún grado de discapacidad (mRS igual o superior a 2). Treinta pacientes (50,9%) eran independientes o presentaban secuelas mínimas (mRS igual o superior a 1) al final del período de seguimiento. La CV medida con el cuestionario SF-36 disminuyó progresivamente con el aumento de la puntuación en la mRS, especialmente en el grupo con mRS igual o superior a 3. Si bien el grupo etario más joven (rango: 20-36 años) obtuvo el mejor promedio (84 puntos) en el SF-36, no se encontró una diferencia significativa con los restantes grupos de edad, aunque el grupo de 75 años o más fue el que obtuvo una puntuación media más baja (63 puntos). Los AVC extensos (infartos totales de la circulación anterior) de origen cardioembólico (fibrilación auricular) presentaron los más bajos índices de CV ( $p < 0,05$ ). *Conclusión.* En la población analizada, la CV varió inversamente con el incremento de la edad y la gravedad del déficit funcional de pacientes que sobrevivieron a un infarto cerebral, especialmente en el subgrupo de origen cardioembólico, debido a su asociación con infartos cerebrales más extensos. [REV NEUROL 2008; 46: 652-5]

**Palabras clave.** Accidente vascular cerebral. Calidad de vida. Escala de Rankin modificada. Ictus. SF-36.

## INTRODUCCIÓN

Según el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida (CV) de un paciente se define como la 'percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual vive, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones' [1]. Por otra parte, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como 'el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada' [2]. Existe un consenso general sobre la idea de que los efectos del tratamiento deben medirse en términos de calidad tanto como de cantidad de la supervivencia [3,4]. Los avances médicos pueden prolongar la vida, pero es importante conocer la naturaleza de esa 'nueva vida' [5,6]. Sin la evaluación de la CVRS, un tratamiento puede estimarse exitoso a pesar de un funcionamiento psicosocial pobre o de una mala adaptación a la enfermedad. Por ejemplo, pacientes que han sufrido un accidente vascular cerebral (AVC) y son altamente independientes según la puntuación del índice de Barthel pueden, sin embargo, experimentar limitaciones en áreas como el encontrar trabajo y las actividades de ocio, o en el ajuste emocional [7]. Desde el año 2000 ha crecido el interés por incluir mediciones de la CV sobre la evolución de los pacientes [8]; sin embargo, los instrumentos para ello escasean y muchas veces son metodológicamente defi-

cientes o psicométricamente inapropiados para individuos que sufrieron un AVC [9]. El cuestionario de salud SF-36 es una escala que ha resultado útil para evaluar la CVRS en la población general y en subgrupos específicos. Más de 400 publicaciones han evaluado sus buenas propiedades psicométricas [10]. La multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.

El objetivo del presente trabajo es conocer la CV en un grupo de pacientes seleccionados con déficit neurológico secundario a un AVC, utilizando la escala SF-36 como instrumento de medición, lo que permitirá una organización adecuada de los recursos de salud destinados a estos pacientes.

## PACIENTES Y MÉTODOS

### Selección de pacientes y recogida de datos

Presentamos un estudio epidemiológico no experimental, transversal, correlacional, descriptivo y de cohorte histórica. La muestra estuvo compuesta por los enfermos dados de alta del Hospital Clínico de la Universidad de Chile con diagnóstico de haber cursado un primer AVC isquémico entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2003, correspondiente a los ítems I 63, I 64, I 65, I 66, I 67, I 68 e I 69 de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10. La búsqueda no consideró la edad, el sexo ni la etiología del AVC. Se excluyeron los casos en que el AVC no estaba documentado mediante tomografía computarizada o resonancia magnética cerebral, así como aquellos que presentaban AVC de causa indeterminada (para no incluir pacientes con diagnóstico dudoso de AVC), historias de AVC anteriores al año 2003, concomitancia de enfermedades crónicas terminales y los casos con limitaciones para cumplir el seguimiento.

El total de sujetos encontrados dentro de estas categorías del CIE-10 fue de 354 pacientes. De éstos, 278 fueron descartados por tener algún criterio de exclusión, 15 habían fallecido en el momento de la encuesta y dos se negaron a participar. Quedó una muestra de 59 sujetos, 29 hombres y 30 mujeres, cuyo rango de edad estuvo entre los 23 y los 89 años. No se dispone de mediciones del estado neurológico y funcional realizadas durante la fase aguda del AVC ni en el momento del alta hospitalaria para efectuar medidas comparativas con los resultados actuales.

Aceptado tras revisión externa: 16.04.08.

<sup>a</sup> Unidad de Tratamiento del Ataque Cerebral (UTAC). Hospital Clínico. <sup>b</sup> Escuela de Kinesiología. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Correspondencia: Dr. Sergio Illanes Díez. Unidad de Tratamiento del Ataque Cerebral (UTAC). Hospital Clínico. Universidad de Chile. Santos Dumont, 999. Independencia. CP 838-045. Santiago, Chile. E-mail: sergio.illanes@gmail.com

© 2008, REVISTA DE NEUROLOGÍA

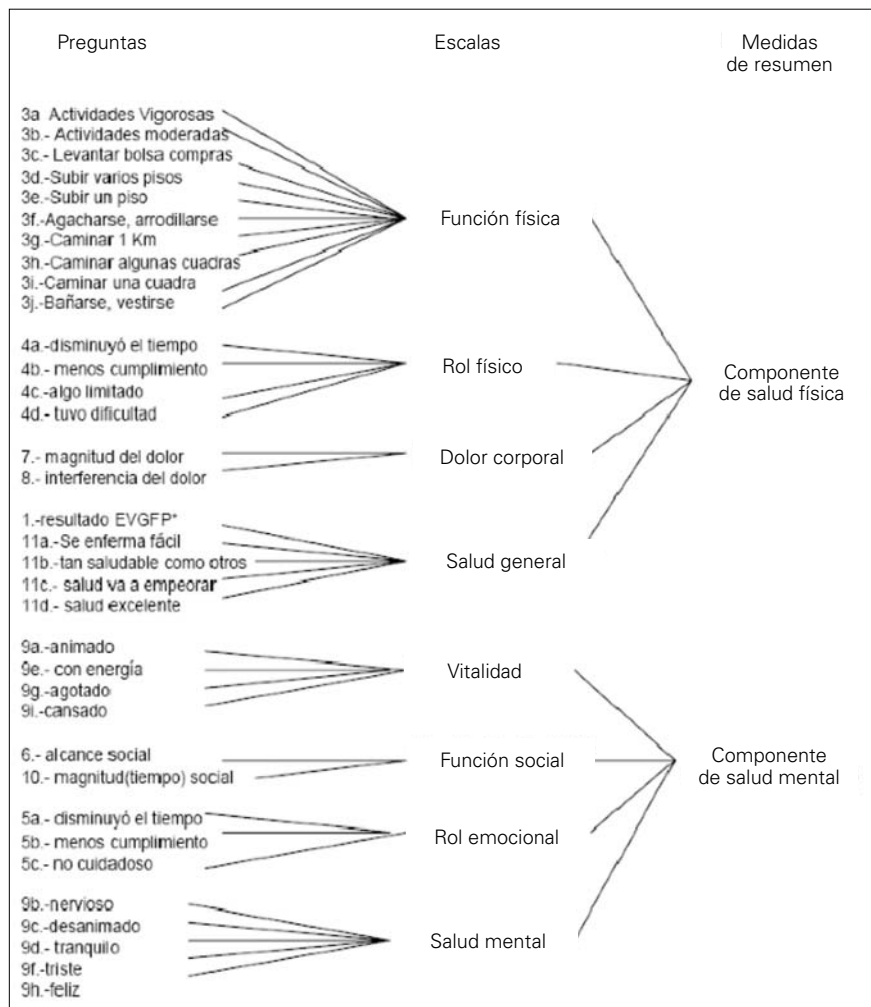


Figura. Modelo de medición del SF-36 (traducido de Ware JE, et al, 1994).

Tabla I. Puntuación media y desviación estándar (DE) de la calidad de vida según las ocho escalas establecidas en el cuestionario de salud SF-36 V.2.

Escalas	Media	DE	
Función física	68	23,76	Cuestionario de salud física
Rol físico	70	21,60	
Dolor corporal	83	19,03	
Salud general	70	24,32	
Vitalidad	66	18,79	Cuestionario de salud mental
Función social	71	22,51	
Rol emocional	79	18,05	
Salud mental	74	20,01	

**Escalas de medición**

Se empleó la escala de Rankin modificada (mRS) y el cuestionario de salud SF-36 V.2 mediante entrevista cara a cara, a fin de estudiar paralelamente el componente de salud física (CSF) y el componente de salud mental (CSM), respectivamente (Figura). El cuestionario SF-36 consta de 36 preguntas que evalúan los estados 'positivos y negativos' de la salud. El cuestionario final

cubre ocho escalas, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento [9]: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Cada una de éstas es el resultado de la agrupación de determinadas preguntas del cuestionario, y la puntuación final se entrega en un rango de 0 a 100 para cada escala [11]. Cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud: 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado. Ambas mediciones se realizaron durante el año 2006.

**Subtipos de infartos cerebrales**

Los AVC se subdividieron en infartos de grandes vasos, infartos cardioembólicos, infartos de pequeños vasos, y otros, según la clasificación TOAST [12]. A su vez, se empleó la clasificación de Oxfordshire [13]: infarto parcial de la circulación anterior (PACI), infarto lacunar (LACI), infarto de la circulación posterior (POCI) e infarto total de la circulación anterior (TACI).

**Análisis estadístico**

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v. 15.0. Se usó la prueba T de Bonferroni para determinar la significación de los resultados. Todos se analizaron con un nivel de significación de 0,05.

**RESULTADOS**

**Puntuaciones medias en el SF-36**

El período de seguimiento medio fue de 37,1 meses (desviación estándar: 3,0). Las puntuaciones obtenidas en la escala SF-36 se resumen en la tabla I. Del universo de sujetos estudiados, las puntuaciones medias más altas se obtuvieron en la escala de DC, con 83 ± 19,03 puntos, y RE, con 79 ± 18,05 puntos, mientras que los más bajos correspondieron a VT, con 66 ± 18,79 puntos, seguida de la escala FF, con 68 ± 23,76 puntos.

**Puntuaciones medias en la mRS**

En cuanto al grado de discapacidad, 8 de los 59 pacientes (13,6%) se encontraron en Rankin 0 (asintomático), mientras que 21 (35,6%) correspondieron a Rankin 1 (sin secuelas significativas), 17 (28,8%) a Rankin 2 (discapacidad leve), 10 (16,94%) a Rankin 3 (discapacidad moderada) y 3 (6,77%) a Rankin 4 (discapacidad moderada-grave). No hubo casos de Rankin 5 (discapacidad grave). Los resultados del análisis combinado de las puntuaciones obtenidas a partir del SF-36 y la evaluación funcional con la mRS se detallan en la tabla II. Las puntuaciones parciales obtenidas en el SF-36 disminuyen progresivamente con el aumento de la puntuación en la mRS, lo que da cuenta de un menor índice de CV a medida que se incrementa la discapacidad funcional de estos pacientes (p < 0,001 para subtotales de CSF y CSM), especialmente en el grupo con mRS ≥ 3 (Tabla II).

**Edad y CV**

Respecto a la relación entre la edad y la CV, el grupo etario con un índice medio más alto en el SF-36 fue el de 20-36 años (n = 6), que obtuvo un promedio de 84 puntos en el SF-36 (96 en lo físico y 72 en lo mental), seguido del grupo de 35 y 49 años (n = 8) que obtuvo 77 puntos (79 en lo físico, 75 en lo mental) y el grupo entre 50 y 74 años (n = 29) que obtuvo 75,5 puntos (75 en lo físico y 74 en lo mental). La puntuación media más baja correspondió a los pacientes mayores de 75 años (n = 15), que obtuvo un promedio de 63 puntos (60 en lo físico y 63 en lo mental). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones obtenidas por los distintos grupos de edad (p < 0,05).

**Subtipos de AVC y CV**

Por lo que respecta al subtipo de AVC, la muestra incluyó 25/59 (42,38%) pacientes con AVC de grandes vasos, 13/59 (22,04%) con infartos embólicos, 16/59 (27,12%) con infartos lacunares y 5/59 (8,46%) con infartos por otra causa. Según la clasificación de Oxfordshire, 27 casos correspondieron a PACI, 16 a LACI, 13 a POCI y tan sólo 3 a TACI.

**Etiología del AVC y CV**

En cuanto a la coexistencia de enfermedades crónicas, el grupo sin enfermedades concomitantes ( $n = 23$ ) obtuvo 77,5 puntos en el SF-36 (79 en lo físico y 76 en lo mental), el grupo con cardiopatía coronaria o insuficiencia cardíaca ( $n = 8$ ) obtuvo 79 puntos (77 en lo físico, 81 en lo mental), el grupo con enfermedades respiratorias ( $n = 2$ ) obtuvo un promedio de 66,5 puntos (64 en lo físico y 69 en lo mental) y el grupo con otras enfermedades crónicas ( $n = 17$ ) obtuvo 71 puntos en el SF-36 (71 en lo físico y 71 en lo mental). La puntuación media más baja en el SF-36 se dio en el grupo de pacientes con arritmia completa por fibrilación auricular (ACFA), que obtuvo 54,3 puntos. Sólo la variable VT presentó una diferencia significativa entre los subgrupos etiológicos, la cual se obtuvo a expensas de presentar ACFA ( $p < 0,048$ ) (Tabla III). Los pacientes que desarrollaron infartos cerebrales extensos (TACI) mostraron puntuaciones más bajas en el SF-36 que los que tuvieron infartos menos extensos (LACI) ( $p < 0,05$ ).

**Demora en la hospitalización y CV**

Se evaluó también la relación entre el tiempo transcurrido desde que se presentaron los primeros síntomas del AVC hasta el traslado al servicio de urgencias del hospital y la CV medida al final del periodo de seguimiento. El grupo de pacientes que cursó con un AVC extenso (TACI) mostró una menor tardanza en arribar al hospital ( $< 6$  horas,  $n = 14$ ) y obtuvo una puntuación promedio baja (64,5 puntos) en el SF-36 (61 en lo físico y 68 en lo mental). Los pacientes con un déficit neurológico menos grave (PACI, POCI, LACI) tardaron más en consultar: entre 6 y 12 horas de evolución ( $n = 16$ , puntuación media SF-36 = 71,5 puntos), entre 12 y 24 horas ( $n = 4$ , puntuación media SF-36 = 78 puntos) y después de 24 horas de evolución ( $n = 25$ , puntuación media SF-36 = 77,5). La diferencia fue estadísticamente significativa sólo al comparar el grupo de menos de 6 horas de evolución con el de más de 12 horas ( $n = 29$ ) ( $p < 0,001$ ).

**Tratamiento cinesiológico y CV**

Al comparar los pacientes que recibieron cinesiterapia durante el periodo de hospitalización por el AVC, observamos que el grupo no sometido a tratamiento cinesiológico ( $n = 25$ ) obtuvo un promedio de 70 puntos en el SF-36 (71 en lo físico y 69 en lo mental) frente a 84,5 puntos (84 en lo físico y 85 en lo mental) en el grupo sometido a cinesiterapia intrahospitalaria ( $n = 9$ ). Sólo hubo diferencias significativas al comparar los dominios VT ( $p = 0,16$ ) y RE ( $p = 0,16$ ).

Finalmente, la escala con una puntuación más baja en el CSF para el grupo de hombres correspondió a FF, con 73 puntos, y la puntuación más alta fue para DC, con 90. El CSM en el mismo grupo alcanzó una puntuación menor en la escala VT (70 puntos) y mayor en RE (84 puntos). En el grupo de mujeres, la puntuación más baja en el CSF la obtuvieron las escalas de FF y SG, con 63 puntos, y la más alta fue la de DC, con 76, mientras que en el CSM la escala con una puntuación menor fue la de VT, con 61, y la mayor puntuación fue la de RE, con 73. Al comparar ambos sexos, encontramos diferencias significativas en las escalas DC ( $p = 0,009$ ), SG ( $p = 0,045$ ) y RE ( $p = 0,026$ ).

**DISCUSIÓN**

La revisión de las fichas clínicas y las entrevistas a los que sobrevivieron al AVC se realizó entre 2,5 y 3,5 años después del primer

**Tabla II.** Relación entre el grado de las secuelas (mRS) y los componentes del SF-36.

	Rankin 0 ( $n = 8$ )	Rankin 1 ( $n = 21$ )	Rankin 2 ( $n = 17$ )	Rankin 3 ( $n = 10$ )	Rankin 4 ( $n = 3$ )	$p$
FF	81	79	66	54	17	$< 0,001$
	85	77	70	55	29	$< 0,001$
CSF	DC	91	80	77	52	0,005
	SG	88	85	63	49	$< 0,001$
Subtotal	86	83	70	59	31	$< 0,001$
VT	77	76	64	49	21	$< 0,001$
	FS	89	84	68	49	$< 0,001$
CSM	RE	83	87	75	59	$< 0,001$
	SM	81	87	71	56	0,003
Subtotal	83	84	70	56	39	$< 0,001$

CSF: cuestionario de salud física; CSM: cuestionario de salud mental; DC: dolor corporal; FF: función física; FS: función social; RE: rol emocional; RF: rol físico; SG: salud general; SM: salud mental; VT: vitalidad.

**Tabla III.** Relación entre enfermedad coexistente y puntuación obtenida en la encuesta SF-36.

	No ( $n = 23$ )	Cardiopatía ( $n = 8$ )	ACFA ( $n = 4$ )	Enfermedades respiratorias ( $n = 2$ )	Otras ( $n = 17$ )	$p$
FF	73	71	36	55	71	0,038
	77	72	41	69	68	0,017
CSF	DC	88	87	66	73	0,185
	SG	76	77	52	61	0,231
Subtotal	79	77	49	64	71	
VT	71	74	48	69	63	0,048
	FS	74	80	50	56	73
CSM	RE	82	88	75	75	0,145
	SM	80	84	66	75	70
Subtotal	76	81	60	69	71	
Total	77,5	79	54,5	66,5	71	

ACFA: arritmia completa por fibrilación auricular; CSF: cuestionario de salud física; CSM: cuestionario de salud mental; DC: dolor corporal; FF: función física; FS: función social; RE: rol emocional; RF: rol físico; SG: salud general; SM: salud mental; VT: vitalidad.

infarto cerebral, con un promedio de seguimiento de 37,1 meses. Nuestra muestra no incluyó pacientes con AVC de causa desconocida y registró un mayor número de AVC con afectación de grandes vasos (42,38%) que el esperado para nuestra población (17%), en concordancia con lo encontrado en estudios epidemiológicos nacionales [14]. Así, si bien ésta no constituye una muestra representativa de la población, permite establecer, en los casos de AVC de causa conocida, su evolución y el comportamiento de los pacientes con diferentes subtipos de AVC en lo referente a CSF y CSM durante el periodo de seguimiento del estudio.

El grupo de mujeres que sufrió un primer AVC isquémico en el año 2003 presentó una disminución en su CV mayor que

la encontrada en los hombres, especialmente en los componentes de DC, SG y RE. Sin embargo, hay que ser cuidadoso al evaluar estos resultados. Nuestra muestra no se corrigió en función de la causa del AVC y la presencia de enfermedades concomitantes. En general, las mujeres tienen una mayor expectativa de vida que sus pares de sexo masculino, que tienden a padecer un mayor número de enfermedades coexistentes [15], como fibrilación auricular. En nuestro estudio, esta última tuvo una incidencia directa y significativa sobre la VT y el RE.

En el presente trabajo encontramos una relación lineal entre el grado de secuelas neurológicas, medido por la mRS, y la CV. Así, cuanto mayor es la puntuación obtenida en la mRS, menor es la puntuación en el SF-36. No encontramos pacientes postrados en cama (Rankin 5), probablemente porque la supervivencia a los tres años fue baja [16]. Tampoco hallamos diferencias entre la CV y la edad de los pacientes. Esto puede deberse al ta-

maño reducido de la muestra o a las expectativas que cada paciente tiene respecto a la CV apropiada para su edad, ya que el SF-36 es una escala que tiene algún componente subjetivo en su aplicación [17].

La población que recibió cinesiterapia durante el período de hospitalización por el AVC aparece con una CV mejor en las escalas de VT ( $p = 0,01$ ) y SM ( $p = 0,01$ ), sin mostrar diferencias significativas en ninguno de los dominios del CSF del SF-36. Contrariamente a lo que uno esperaría, la terapia cinesiológica parece mejorar la CV actuando principalmente sobre el CSM.

Por último, la diferencia encontrada en el CSF entre los pacientes que consultaron al servicio de urgencias antes de 6 horas de evolución comparado con los que lo hicieron después de 24 horas (61 frente a 81 puntos,  $p < 0,001$ ) demuestra que la precocidad del tratamiento influye directa y positivamente sobre la CV de los pacientes.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28: 551-8.
2. Patrick DL, Starks HE, Cain KC, Uhlmann RF, Pearlman RA. Measuring preferences for health states worse than death. *Med Decis Making* 1994; 14: 9-18.
3. Fallowfield, L. The quality of life. The missing measurement in health care. London: Souvenir Press; 1990. p. 46-8.
4. Martins O, Ribeiro JP, Garrett C. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. *Rev Neurol* 2006; 42: 655-9.
5. Levine MN, Guyatt GH, Gent M, De Pauw S, Goodyear MD, Hryniuk WM, et al. Quality of life in stage II breast cancer: an instrument for clinical trials. *J Clin Oncol* 1988; 6: 1798-810.
6. Fernández-Concepción O, Ramírez-Pérez E, Álvarez MA, Buergo-Zuáznabar MA. Validación de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38). *Rev Neurol* 2008; 46: 147-52.
7. Duncan PW, Samsa GP, Weinberger M, Goldstein LB, Bonito A, Witter DM, et al. Health status of individuals with mild stroke. *Stroke* 1997; 28: 740-5.
8. Lees KR, Hankey GJ, Hacke W. Design of future acute-stroke treatment trials. *Lancet Neurol* 2003; 2: 54-1.
9. Golomb BA, Vickrey BG, Hays RD. A review of health-related quality-of-life measures in stroke. *Pharmacoeconomics* 2001; 19: 155-85.
10. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002; 324: 1417.
11. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004; 13: 283-98.
12. TOAST investigators. Low molecular weight heparinoid, ORG 10172 (danaparoid), and outcome after acute ischemic stroke: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 279: 1265-72.
13. Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet* 1991; 337: 1521-6.
14. Lavados P, Sacks C, Prina L, Escobar A, Tossi C, Araya F, et al. Incidence, 30-day case-fatality rate, and prognosis of stroke in Iquique, Chile: a 2-year community based prospective study (PISCIS project). *Lancet* 2005; 365: 2206-15.
15. Díaz-Tapia V, Illanes-Díez S, Reccius A, Manterola JL, Cerda P, Recabarren C, et al. Evaluación de una unidad de tratamiento del ataque cerebral en un hospital universitario. *Rev Med Chile* 2006; 134: 1402-8.
16. Patrick DL, Erickson P. Theoretical foundations for health-related quality of life. In Patrick DL, ed. *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. New York: Oxford University Press; 1993. p. 57-8.
17. Bamford J, Sandercock P, Dennis M. Classification and natural history of clinically subtypes of cerebral infarction. *Lancet* 1991; 337: 1521-6.

#### STUDY ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ISCHAEMIC STROKE

**Summary.** Aim. To study the quality of life (QoL) and functional neurological status of patients three years after suffering their first ischaemic cerebrovascular accident (CVA). Patients and methods. For the study we chose patients who presented ischaemic CVA, classified in categories I 63 to I 69. QoL and functional neurological status were measured using the modified Rankin Scale (mRS) and the SF-36 health questionnaire, respectively. Results. Of a total of 59 patients who answered the surveys (mean age: 62 years; sex: 51% females), nearly half of them (29 patients; 49.1%) presented some kind of disability (mRS = 2). Thirty patients (50.9%) were independent or presented minimum sequelae (mRS = 1) at the end of the follow-up period. The mean QoL with the SF-36 questionnaire progressively diminished as the mRS score increased, especially in the group with mRS = 3. Although the youngest age group (range: 20-36 years) got the best average score (84 points) on the SF-36, no significant differences were found with the remaining age groups; the group made up of 75-year-olds and above was the one that obtained the lowest average score (63 points). Extensive strokes (total anterior circulation infarctions) of a cardioembolic origin (atrial fibrillation) had the lowest QoL indexes ( $p < 0.05$ ). Conclusions. In the population that was analysed, the QoL was inversely proportional to the age and the severity of the functional deficit of patients who survived a completed stroke, especially in the cardioembolic-origin subgroup, due to its being associated with more extensive cerebral infarcts. [*REV NEUROL* 2008; 46: 652-5]

**Key words.** Cerebrovascular accident. Modified Rankin Scale. Quality of life. SF-36.