

Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria

T. Martins ^a, J.P. Ribeiro ^b, C. Garrett ^c

DISABILITY AND QUALITY OF LIFE OF STROKE SURVIVORS: EVALUATION NINE MONTHS AFTER DISCHARGE

Summary. Introduction and aim. After acute episode, a great number of individuals who survive a stroke have impairments that impede them to carry out with autonomy a set of basic activities of daily life and instrumental activities of daily life. The clinical evaluation health self perception is a useful element on patient's recovering process. The purpose of this study was to evaluate post-stroke functional health status and quality of life. Patients and methods. After identification of a cohort of admitted patients at a general hospital, those were contacted by phone nine months after discharge. The collected tool sent by mail included the COOP WONCA charts, Frenchay Activities Index, Barthel Index, Rankin scale and a set of socio-demographic variables. Results. Participants survival rate was of 81%. The physical functioning and the capacity to perform daily activities were the most affected ones, impairing the patients of making a set of basic and instrumental daily activities. The emotional state and health self-perception are also correlated to disability. Conclusions. The results suggest a significative percentage of stroke survivors maintaining a moderate or severe disability (47.8%) requiring the presence of caregiver helping self-care. Collected data enhances that stroke survivors have severe physical dysfunction associated to emotional and psychological disturbances. [REV NEUROL 2006; 42: 655-9]

Key words. Disability after stroke. Quality of life. Stroke. Stroke recovery.

INTRODUCCIÓN

El accidente vascular cerebral (AVC) continúa siendo la causa principal de mortalidad en la población adulta portuguesa y fue responsable del 19,8% del total de óbitos registrados en el año 2000 [1]. La supervivencia tras el AVC es de 5,9 años de media; los hombres presentan 1,6 años más de esperanza de vida que las mujeres [2]. Se estima que la mortalidad en el primer año es del 15-25%, y las recaídas de AVC, entre el 5-14% [3]. Según las estadísticas portuguesas, la incidencia del AVC es mayor en los individuos de sexo masculino [4]. Asimismo, algunos estudios epidemiológicos señalan prevalencia en los hombres [5,6].

Tras el episodio agudo de AVC, gran parte de los supervivientes presenta limitaciones que les impiden ejecutar con autonomía un conjunto de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Limitaciones en la función motora, déficit sensoriales y cognitivos, alteraciones de la visión, del lenguaje e inestabilidad del humor son las secuelas más frecuentes tras un episodio de AVC [7]. La recuperación de estos pacientes es lenta y no se consigue siempre. Cuando estas limitaciones e incapacidades no permiten la ejecución de un conjunto de ABVD implican la presencia de otra persona que preste estos cuidados. Este papel de cuidador informal lo desempeña, en la mayoría de los casos, una persona de sexo femenino, ya sea la esposa, la hija o la nuera [8].

El AVC es todavía responsable de una gran atención por parte de los servicios sanitarios, lo cual implica elevados costes económicos [9]. Algunos autores estiman que esta patología pue-

de relacionarse con el 15% de las admisiones [10]. Además de estos problemas, el AVC implica graves repercusiones en la calidad de vida del paciente y de sus familiares, dado que las secuelas impiden que continúe manteniendo el estilo de vida que le era habitual.

Por la importancia y magnitud social de esta enfermedad, es necesario continuar desarrollando estudios centrados en la identificación de los factores de riesgo, en la optimización de los programas de prevención y tratamiento, recuperación funcional y reinserción familiar y social. Es también importante conocer el impacto de la enfermedad y sus secuelas en la capacidad funcional y estilo de vida del individuo, y la manera en la que éste percibe y valora su situación. Así, la evaluación de la calidad de vida constituye un indicador clínico que permite cuantificar las mejoras en la salud, según la perspectiva del sujeto [11]. A pesar de alguna divergencia en la definición de este concepto, se ha consensuado y reconocido sus dimensiones básicas: función física, bienestar afectivo-emocional y función social [12,13].

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la enfermedad en la calidad de vida y capacidad funcional en pacientes afectados por el AVC, después de nueve meses del alta hospitalaria.

PACIENTES Y MÉTODOS

A través de una muestra secuencial y temporal procedemos a la identificación de los pacientes que ingresaron entre mayo de 2001 y mayo de 2002, en dos Servicios de Medicina de un hospital general, sin unidad de AVC, cuyo motivo de ingreso fue un AVC. Optamos por excluir los casos con enfermedad oncológica asociada, alta por transferencia o solicitada. Los participantes tienen edades superiores a los 40 años. Nos pusimos en contacto con ellos por vía telefónica nueve meses después del alta hospitalaria. En ese contacto, invitamos a los participantes a completar un cuestionario que fue enviado por correo postal, conjuntamente con una breve explicación del estudio, sus objetivos, procedimientos metodológicos y éticos y un sobre de registro sin franquicia, para su devolución. En ausencia de contacto telefónico, se recurrió a la ayuda del Servicio Informativo 118. Para aquellas residencias de las que se desconocía el teléfono, se recurrió a los números de teléfono de domi-

Aceptado tras revisión externa: 02.11.05.

^a Escuela Superior de Enfermería de São João. ^b Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación. ^c Facultad de Medicina. Universidade do Porto. Oporto, Portugal.

Correspondencia: Prof. Teresa Martins. Escola Superior de Enfermagem de São João. Rua António Bernardino de Almeida. 4200-072 Porto, Portugal. Fax: +351 225 096 337. E-mail: teresam@esenf.pt

© 2006, REVISTA DE NEUROLOGÍA

cilios próximos, con el fin de obtener información y, posteriormente, establecer contacto con la persona indicada. A los individuos con quienes no fue posible establecer contacto en cuatro tentativas en diferentes días y horas, así como a aquellos cuyos vecinos comentaron no conocer, también se les enviaron los cuestionarios, ya que en las zonas urbanas no siempre se conocen todos los residentes de un mismo edificio ni de las viviendas próximas. Las personas también pueden ser poco conocidas para el vecindario, dado el aislamiento social asociado a la patología.

Las percepción de la calidad de vida se evaluó mediante la escala de COOP/WONCA (Primary Care Cooperative Information Project/World Organization of National Colleges Academies) [14, 15]. Esta escala integra siete ámbitos: aptitud física; estado afectivo-emocional; capacidad funcional; vida social; cambios en el estado de salud; autopercepción del estado general de salud; y dolor físico. Cada ámbito presenta cinco estados funcionales como recurso en un pictograma; las puntuaciones más bajas indican una mejora en la calidad de vida.

La evaluación del grado de autonomía para la realización de las ABVD y AIVD se hizo a través de los índices de Barthel [16] y de actividades de Frenchay [17], respectivamente. Para evaluar las limitaciones sociales se usó la escala de Rankin modificada [18]. También usamos un conjunto de variables sociodemográficas.

El índice de Barthel evalúa la capacidad funcional del individuo con relación a diez ABVD (control intestinal y vesicular, higiene personal, uso del lavabo, alimentación, transferencia cama-silla, movimiento, vestirse, subir y bajar escaleras y bañarse). La puntuación de la escala varía entre 0 y 20; los valores más altos indican mayor autonomía. La FAI evalúa la capacidad funcional del individuo para desempeñar 15 actividades recreativas y sociales y permite medir el impacto de la lesión en el estilo de vida del paciente; su puntuación varía entre 15 y 60. También aquí, mayor puntuación significa mayor autonomía. La puntuación de la escala de Rankin modificada varía entre 1 y 6; los valores más bajos suponen mejor función física y social.

La información recogida se almacenó en una base del SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versión 10.05 para Windows). En el análisis explorador de los datos, se recurrió a medidas descriptivas de la tendencia central y de dispersión, así como en la estadística paramétrica, fundamentalmente medidas de correlación. La comparación de medias entre grupos independientes se realizó como recurso al test *t* [19].

RESULTADOS

No se registraron diferencias estadísticas en las variables demográficas, psicológicas y clínicas de los participantes de los dos servicios en estudio, ya que los datos se presentaron en conjunto.

477 individuos obtuvieron el alta clínica tras el episodio de AVC, entre el 1 de mayo de 2001 y el 1 de mayo de 2002, en los dos servicios en estudio. El número de participantes elegibles fue de 361, y de ellos, 279 estuvieron de acuerdo en participar en el estudio (72 habían fallecido y 44 habían cambiado de residencia, habían dado un domicilio falso o estaban ingresados).

Como consecuencia de la información incompleta en la recogida de datos, se eliminaron 6 casos, por lo que la muestra resultó al final de 273 individuos. En la figura presentamos un diagrama con la información relativa a la selección de los participantes.

Los participantes presentaban una media de edad de 69 años –media (*M*) = 69,2; desviación estándar (*DE*) = 11,8; amplitud = 40-100 años–. Los participantes femeninos constituían el 45,4% de la muestra (124), con una media de edad ligeramente mayor (*M* = 69,9; *DE* = 11,8) que los masculinos (*M* = 68,6; *DE* = 11,7). Las características, en términos de distribución por grupos de edad, estado civil, nivel de estudios, situación profesional, cohabitación con familiares y necesidad de un cuidador informal se pueden consultar en la tabla I.

Comprobamos que el 36% de los participantes (97) completó el cuestionario sin ayuda; en el 33,3% (91) de los casos, el cuestionario se completó con ayuda de un familiar o amigo; y en el 31,1% (85) no disponíamos de dicha información. Si se excluyen los participantes de quienes no obtuvimos ninguna información acerca de su paradero, verificamos que la tasa de supervivencia tras nueve meses fue del 81% (308/380).

Los datos relativos a la calidad de vida relacionada con la salud están representados en la tabla II. Verificamos que las puntuaciones medias men-

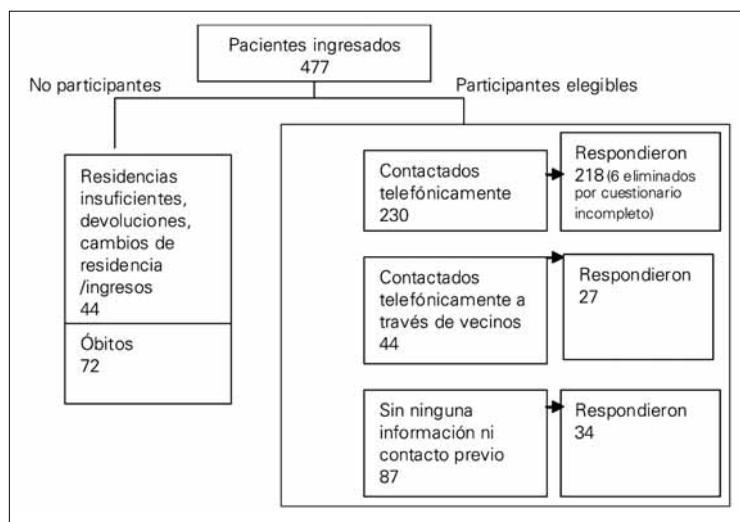


Figura. Esquema de la selección de la muestra.

cionadas por los participantes son en su globalidad altas y, por lo tanto, indicativas de una débil percepción de la calidad de vida. La aptitud física fue el ámbito más afectado, mientras que el dolor físico y la convivencia social fueron los menos afectados. Los cambios en el estado de salud experimentados en las dos últimas semanas apenas fueron mencionados por una minoría.

Según la escala de Rankin, el 10,7% de los participantes no presentaba ningún síntoma; el 18,8% presentaba síntomas que, sin embargo, no interferían en sus actividades diarias; el 16,9% presentaba una ligera incapacidad; el 11,8% presentaba una incapacidad moderada; y el 19,1%, una incapacidad grave. A través de la lectura de los datos de la tabla III, relativos a las ABVD que los pacientes consiguen ejecutar con autonomía, comprobamos que bañarse, vestirse, y subir y bajar las escaleras son las actividades más alteradas; mientras que las AIVD más afectadas son trabajar, arreglar el jardín y ejecutar trabajos domésticos más pesados. En la evaluación global, podemos afirmar que muchos participantes se encontraban incapacitados o tenían muchas dificultades para realizar un conjunto de actividades básicas, sociales, recreativas y domésticas. Tan sólo el 36,7% (99) de los individuos no presentaba ninguna incapacidad en las ABVD, y el 29,9% (27) no presenta limitaciones en las AIVD. Así, muchos de estos individuos necesitan alguna persona que los ayude en diversas actividades diarias.

El análisis de los datos discriminados según el género (Tabla IV) permite concluir que los hombres presentan de media valores más bajos en las diferentes subescalas de COOP WONCA, y, por lo tanto, mejor calidad de vida. Sin embargo, tan sólo el estado afectivo-emocional, la autopercepción del estado de salud y el dolor físico ofrecen diferencias estadísticamente significativas. Los hombres presentan también una mejor función y ejecución física (escala de Barthel y Rankin), aunque sin diferencias estadísticas significativas. Todavía poseen mejor capacidad para la realización de actividades domésticas, sociales y recreativas (FAI).

La edad se correlaciona con la incapacidad de ejecutar actividades domésticas, recreativas y sociales. La percepción de la calidad de vida también está fuertemente correlacionada con la capacidad funcional (Tabla V).

La percepción de la aptitud física se relaciona fuertemente con el estado emocional ($r = 0,57$; $p < 0,01$), con la capacidad de realizar actividades diarias ($r = 0,57$; $p < 0,01$), y con la convivencia y vida social ($r = 0,50$; $p < 0,01$).

La consistencia interna de los tres instrumentos de medida aplicados, evaluados a través del coeficiente α de Cronbach, presenta valores elevados, con $\alpha = 0,81$ para la escala de COOP WONCA, $\alpha = 0,94$ para el índice de Barthel y $\alpha = 0,97$ para el índice de actividades de Frenchay. Ello permite inferir que existe una coherencia estadística de dos ítems de la escala integrados en una entidad común y, por lo tanto, la variabilidad de las respuestas deriva de las diferencias reales entre los participantes.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la enfermedad

Tabla I. Caracterización de la muestra.

		n	%
Edad (n = 268)	< 44 años	8	3
	45-59 años	45	16,8
	60-74 años	119	44,4
	75-84 años	73	27,2
	> 85 años	23	8,6
Tipo de ACV (n = 273)	Isquémico	227	83,2
	Hemorrágico	30	11
	Indeterminado	16	5,9
Nivel de estudios (n = 271) M = 3,6	Sin estudios	56	20,7
	1-4	164	60,5
	5-9	32	11,8
	> 10	19	7
Estado civil (n = 270)	Casado	182	67,4
	Soltero	11	4,1
	Viudo	62	23
	Divorciado	15	5,6
Situación profesional (n = 267)	Activos	28	10,5
	No activos	239	57,3
Domicilio (n = 221)	En casa con fam.	133	60,2
	En casa de fam.	45	20,4
	Solo	22	9,9
	Otra situación	21	9,5
Cuidador informal principal (n = 270)	Cónyuge	112	41,5
	Hijos	59	21,9
	Otros	37	13,7
	No precisa	62	22,9

Tabla II. Escala de COOP WONCA: frecuencias relativas de las categorías de las diferentes subescalas. Las puntuaciones más bajas corresponden a una mejor calidad de vida.

	1	2	3	4	5	Media
Aptitud física	1,9	3,7	16	36,9	41,4	4,12
Estado afectivo-emocional	17,6	12,4	19,5	24	26,6	3,3
Actividades diarias	13,8	23,8	13,4	16,4	32,7	3,3
Convivencia y vida social	37	13,2	14,7	13,2	21,9	2,7
Cambios en el estado de salud	3	13,5	68,2	10,9	4,5	3
Autopercepción del estado de salud	2,6	16,5	39,5	26,7	14,7	3,34
Dolor	32,5	16,2	24,2	23,4	3,8	2,5

Tabla III. Porcentaje de individuos autónomos en las ABVD y AIVD, análisis del grado de autonomía asociada al AVC, según el sexo, valores expresados en frecuencias relativas.

	Hombres y mujeres	Mujeres	Hombres
Autonomía en las ABVD (índice de Barthel)			
Higiene personal	71,7	55,1	69,1
Baño	74,2	58,5	58,1
Vestirse	51,6	66,8	56,8
Alimentarse	60,5	73,5	66
Transferencia cama-silla	67,7	59,6	73,6
Subir y bajar	73,4	74,6	62,2
Deambular	56,5	71,7	75,7
Función intestinal	73,4	63,5	77
Función urinaria	65,3	75,4	70,9
Ir al aseo	54,5	74,3	76,6
Autonomía en las AIVD (índice de actividades de Frenchay)			
Gobernar la casa/conducción	63,4	58,1	67,8
Trabajo remunerado	14,7	10,5	18,1
Cuidados de jardín	23,8	17,7	28,9
Compras cerca del domicilio	50,5	46	54,4
Diversión, pasatiempos	56,4	51,6	60,4
Viajar en coche o autobús	64,1	59,7	67,8
Trabajos domésticos más pesados	24,5	26,6	22,8
Leer	51,3	41,1	59,7
Preparar comidas ligeras	61,2	58,9	63,1
Lavar la ropa	56,8	43,5	67,8
Lavar los platos	59	49,2	67,1
Viajes a larga distancia	56	45,2	65,1
Trabajos domésticos ligeros	59	56,5	61,1
Caminar fuera de casa	62,6	56,5	67,8
Visitar a familiares y amigos	61,2	56,5	65,1
Rankin			
Asintomático: sin síntomas	10,7	10,6	10,7
Déficit no incapacitante: algunos (índice de actividades de Frenchay)	18,8	14,6	22,1
Incapacidad leve: algunas limitaciones en el día a día, pero continuo independiente	22,8	23,6	22,1
Incapacidad moderada: parcialmente dependiente, necesito una pequeña ayuda en las AVD	16,9	16,3	17,4
Incapacidad elevada: dependiente, necesito mucha ayuda en las AVD	11,8	12,2	11,4
Incapacidad grave: totalmente dependiente, necesito siempre alguien conmigo	19,1	22,8	16,1

Tabla IV. Diferencias entre medias obtenidas en los diferentes ámbitos de la COOP WONCA, escala de Rankin, índice de Barthel e índice de actividades de Frenchay.

	H y M (media / DE)	M (media)	H (media)	t (p) gl = 271
Escala de COOP WONCA ^a	22,26 / 5,93	23,21	21,25	2,64 ^e
Aptitud física	4,12 / 0,94	4,2	4,06	1,23 (NS)
Estado afectivo-emocional	3,30 / 1,43	3,5	3,13	2,14 ^d
Actividades diarias	3,30 / 1,47	3,48	3,16	1,78 (NS)
Convivencia y vida social	2,70 / 1,59	2,83	2,59	1,23 (NS)
Cambios en el estado de salud	3,00 / 0,74	3,06	2,96	1,21 (NS)
Autopercepción del estado de salud	3,34 / 1,01	3,5	3,21	2,38 ^e
Dolor	2,50 / 1,26	2,84	2,22	4,03 ^f
Escala Rankin modificada ^c	3,58	3,73	3,45	1,42 (NS)
Índice de Barthel ^b	4,72 / 6,13	4,94	4,54	0,52 (NS)
Índice de actividades de Frenchay ^b	2,42 / 1,10	2,28	2,55	2,00 ^d

^a Puntuaciones más bajas significan mejor calidad de vida. ^b Puntuaciones más bajas corresponden a una mayor autonomía y capacidad funcional. ^c Puntuaciones más bajas corresponden a un mejor desempeño funcional. ^d $p < 0,05$. ^e $p < 0,01$. ^f $p < 0,001$. NS: no significativo. M: mujeres; H: hombres.

en la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes afectados por AVC, después de nueve meses del alta hospitalaria.

Durante el período en el que se efectuó el estudio fue posible averiguar que en la fecha del primer contacto, el 81% de los pacientes afectados por AVC había sobrevivido y la mayor mortalidad se había presentado en mujeres [4]. La mayoría de los participantes, 77% (200), clasificó el esfuerzo físico más intenso que conseguía realizar en ligero o muy ligero. Esta aptitud física débil y la dificultad en realizar las actividades diarias están relacionadas sin duda alguna con la edad avanzada de los individuos; sin embargo, el factor más decisivo para estas limitaciones funcionales deriva de las repercusiones y secuelas del AVC.

Las alteraciones del estado afectivo-emocional detectadas son también repercusiones graves de la enfermedad en la calidad de vida de los participantes [20,21]. Éstas parecen no guardar relación con la edad, sino con las alteraciones en la capacidad funcional, alteraciones del humor, inestabilidad emocional, estado depresivo y ansioso asociado a la enfermedad. Algunos estudios describen una gran prevalencia de depresión post-AVC, incluso al cabo de cuatro o cinco años, asociada a una débil recuperación de la capacidad funcional y a una baja percepción de la calidad de vida en general [21-24].

La autopercepción del estado de salud se relaciona fuertemente con el estado afectivo-emocional, con la capacidad de desenvolverse en las actividades diarias e incluso con la convivencia social. El ámbito menos afectado fue el de los dolores físicos. Obviamente, las secuelas del AVC son problemas de sensibilidad, parestesias, más que de síntomas dolorosos.

Las mujeres perciben peor calidad de vida en todos los ámbitos del análisis, lo cual está de acuerdo con otros estudios publicados [3,25]. Como cabía esperar, la incapacidad asociada al

Tabla V. Correlaciones entre las escalas utilizadas y la edad

	Edad	COOP WONCA
COOP WONCA		
Aptitud física	0,34 ^a	0,68 ^a
Estado afectivo-emocional	-0,08	0,79 ^a
Actividades diarias	0,27 ^a	0,83 ^a
Convivencia y vida social	0,06	0,77 ^a
Cambios en el estado de salud	0,19 ^a	0,47 ^a
Autopercepción del estado de salud	0	0,76 ^a
Dolor	0,01	0,54 ^a
Escala de Rankin modificada	0,28 ^a	0,70 ^a
Índice de Barthel	0,33 ^a	0,63 ^a
Índice de actividades de Frenchay	-0,53 ^a	-0,70 ^a

^a $p < 0,01$

AVC es también significativa; constatamos que el 30,9% de los individuos presentaba incapacidad funcional grave para la realización de las ABVD. Este porcentaje asciende al 45,4% en los participantes con más de 75 años. A pesar de no utilizar el mismo instrumento de evaluación, Clark et al, en una muestra de 567 pacientes con historia de AVC, encontraron un porcentaje semejante de incapacidad en estos grupos de edad [10]. Si contabilizáramos todos los casos de incapacidades, asociadas a las limitaciones de ABVD, este porcentaje asciende al 70,6%, valor similar al encontrado por O'Mahony et al [26], quienes utilizaron un instrumento similar, la escala de discapacidad de Oxford (el 70% de las personas presentaba incapacidad moderada o grave).

No obstante, en nuestro estudio, el porcentaje de participantes que requiere la presencia de una segunda persona para la prestación de cuidados básicos diarios es más bajo (47,8%) que en el citado estudio (56%) [26].

Aunque no era el propósito de nuestro estudio la comparación con otras poblaciones, la discrepancia encontrada nos llevó a suponer que las diferencias en la red formal de ayuda social pueden influir en la percepción de los individuos en lo referente a la necesidad de ayuda de otra persona; es decir, el reconocimiento de la necesidad de ayuda depende en parte de los recursos que la comunidad y las familias puedan ofrecer.

No encontramos diferencias estadísticas entre las incapacidades en hombre y mujeres. Las diferencias encontradas se localizan en el estado afectivo-emocional, pues las mujeres expresan mayor vulnerabilidad ante los estados depresivos e inestabilidad del humor, mayor sensibilidad al dolor, peor percepción de la salud en general e incluso mayor limitación en las actividades recreativas y sociales, resultados que también se han encontrado en otros estudios [27].

Los datos obtenidos son concluyentes en cuanto a que los pacientes, nueve meses después del episodio de AVC, presentan graves disfunciones físicas asociadas a alteraciones emocionales y psicológicas que determinan la necesidad de programas de apoyo dirigidos a las necesidades detectadas, así como a las familias y otras redes de apoyo informal.

BIBLIOGRAFÍA

1. DEPS. Estadísticas de Saúde. Lisboa: INE; 2000.
2. Bonita R, Solomon N, Broad J. Prevalence of stroke and stroke-related disability: estimates from Auckland stroke studies. *Stroke* 1997; 28: 1898-902.
3. Carod-Artal J, Egido JA, González JL, Seijas V. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke. *Stroke* 2000; 31: 2995-3000.
4. Portugal, Ministério da Saúde, Médicos Sentinela. Accidente vascular cerebral 1992. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 1994. p. 45-6.
5. Gonçalves F, Cardoso M. Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais em Coimbra. *Acta Med Port* 1997; 10: 543-50.
6. Bots ML, Looman SJ, Koudstaal PJ, Hofman A, Hoes AW, Grobbee DE. Prevalence of stroke in the general population: the Rotterdam study. *Stroke* 1996; 27: 1499-501.
7. Kell-Hayes M, Robertson J, Broderick J, Duncan P, Hershey L, Roth E, et al. The American Heart Association stroke outcome classification. *Stroke* 1998; 29: 1274-80.
8. Hoffmann R, Mitchell A. Caregiver burden: historical development. *Nurs Forum* 1989; 33: 5-11.
9. Portugal, Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção Geral da Saúde-Direcção de Serviços de Planeamento; 2001.
10. Clark I, Opat L. The prevalence of stroke in those at home and need for care. *J Public Health Med* 1994; 16: 1: 93-6.
11. Saladin L. Measuring quality of life post-stroke. *Neurol Rep J* 2000; 24: 133-9.
12. De Haan R, Aaronson N, Limburg M, Hewer R, Crevel H. Measuring quality of life in stroke. *Stroke* 1993; 24: 320-32.
13. Pimm TJ. Stroke. In Baum A, Newman S, Weinman J, West R, eds. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997. p. 597-600.
14. Nelson E, Wasson J, Kirk J, Keller A, Clark D, Dietrich A, et al. Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP chart method and preliminary findings. *J Chronic Dis* 1987; 40 (Suppl): 53-5.
15. Broeiro P, Ramos V, Tavares I, Cunha E, Amorim J. Avaliação de estados funcionais no idoso. *Acta Med Port* 1995; 8: 279-88.
16. Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud* 1988; 10: 64-7.
17. Holbrook M, Skilbeck C. An activities index for use with stroke patients. *Age Ageing* 1983; 12: 166-70.
18. Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. *Scott Med J* 1957; 2: 200-15.
19. Kinnear P, Gray C. SPSS for Windows: make simple-release 10. Aberdeen: Psychology Press; 2000.
20. Duncan P, Samsa G, Weinberger M, Goldstein L, Bonito A, Witter D, et al. Health status of individuals with mild stroke. *Stroke* 1997; 28: 740-5.
21. Åström M, Asplund K, Åström T. Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke* 1992; 23: 527-31.
22. Wilkinson P, Wolfe C, Warburton F, Rudd A, Howard RS, Ross-Russell R, et al. A long-term follow-up of stroke patients. *Stroke* 1997; 28: 507-12.
23. King R. Quality of life after stroke. *Stroke* 1996; 27: 1467-72.
24. Kim P, Warren S, Madill H, Hadley M. Quality of stroke survivors. *Qual Life Res* 1999; 8: 293-301.
25. O'Mahony P, Thompson R, Dobson R, Rodgers H, James O. The prevalence of stroke and associated disability. *J Public Health Med* 1999; 21: 2:166-71.
26. Mercier C, Peladeau N, Tempier R. Age, gender and quality of life. *Community Ment Health J*. 1998; 34: 487-500.
27. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short form (SF-36) health survey questionnaire; normative data for adults of working age. *BMJ* 1993; 306: 1437-44.

**INCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA DEL
PACIENTE AFECTADO POR UN ACCIDENTE
VASCULAR CEREBRAL: EVALUACIÓN NUEVE
MESES DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA**

Resumen. Introducción y objetivos. Tras el episodio agudo de accidente vascular cerebral (AVC), un gran número de supervivientes se ve afectado por secuelas que impiden llevar a cabo diversas actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Junto con la evaluación clínica, la percepción del paciente relativa a su estado de salud constituye una información útil en su proceso de recuperación. El objetivo de este estudio se centró en evaluar la capacidad funcional y la calidad de vida tras el AVC. Pacientes y métodos. Tras la identificación de una cohorte de pacientes atendidos en un hospital general, se contactó con ellos nueve meses después del alta hospitalaria. El instrumento de recogida de datos, enviado por correo, integraba la escala de COOP WONCA, el índice de actividades de Frenchay, el índice de Barthel y la escala de Rankin, además de un conjunto de variables sociodemográficas. Resultados. La tasa de supervivencia de los participantes fue del 81%. La aptitud física y la capacidad para ejecutar actividades diarias son las dimensiones físicas más afectadas, que impiden a los pacientes realizar un conjunto de actividades básicas e instrumentales diarias. El estado afectivo-emocional y la autopercepción del estado general de salud se correlacionan igualmente con la incapacidad física. Conclusiones. Los resultados apuntan a un porcentaje significativo de individuos que tras el AVC mantienen una incapacidad moderada o grave (47,8%), lo cual determina la presencia de una segunda persona para colaborar en las actividades de autocuidado. Los datos encontrados son decisivos en cuanto a que los individuos presentan disfunciones físicas graves asociadas a alteraciones emocionales y psicológicas. [REV NEUROL 2006; 42: 655-9]

Palabras clave. Accidente vascular cerebral. AVC. Calidad de vida. Incapacidad tras accidente vascular cerebral. Recuperación tras accidente vascular cerebral.

**INCAPACIDADE E QUALIDADE DE VIDA
DO DOENTE AFECTADO POR ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL: AVALIAÇÃO NOVE
MESES APÓS ALTA HOSPITALAR**

Resumo. Introdução e objectivos. Após episódio agudo de acidente vascular cerebral (AVC), um grande número de sobreviventes ficam afectados com sequelas que os impedem de levar a cabo um conjunto de actividades básicas ou actividades instrumentais da vida diária. Conjuntamente com a avaliação clínica, a percepção do doente relativa ao seu estado de saúde, constitui informação útil do seu processo de recuperação. O objectivo deste estudo centrou-se na avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida pós AVC. Doentes e métodos. Após identificação de uma coorte de doentes admitidos num hospital geral, estes foram contactados telefonicamente nove meses após alta hospitalar. O instrumento de colheita, enviado por correio, integrava a escala de COOP WONCA, o Frenchay Activities Index, o índice de Barthel e a escala de Rankin, para além de um conjunto de variáveis sócio-demográficas. Resultados. A taxa de sobrevivência dos participantes foi de 81%. A aptidão física e a capacidade de executar as actividades do dia-a-dia são dimensões físicas mais afectadas, que impedem os doentes de realizar um conjunto de actividades básicas e actividades instrumentais do dia-a-dia. O estado afectivo-emocional, e a auto-percepção do estado geral de saúde correlacionam-se igualmente com a incapacidade física. Conclusões. Os resultados apontam para uma percentagem significativa de indivíduos, que após AVC mantêm uma incapacidade moderada ou grave (47,8%), determinando a presença de uma segunda pessoa a colaborar nas actividades de auto-cuidado. Os dados encontrados são conclusivos de que os indivíduos apresentam graves disfunções físicas associadas a alterações emocionais e psicológicas. [REV NEUROL 2006; 42: 655-9]

Palavras chave. Acidente vascular cerebral. AVC. Incapacidade pós acidente vascular cerebral. Qualidade de vida. Recuperação pós acidente vascular cerebral.